

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA



# SINTOMAS SOMATOFORMES EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR

José Manuel Mendes Nunes

Tese de Doutoramento em Medicina  
Especialidade de Clínica Geral

Orientador:

Professora Doutora Maria Isabel Pereira dos Santos

Julho de 2012

Escrito segundo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, em vigor desde 2009.

## **ÍNDICE**

Índice	I
Lista de abreviaturas	IV
Agradecimentos	VI
Prefácio	VIII
Arquitectura do texto	X
Resumo	XII
Abstract	XV
Summaire	XVIII

## **PARTE I**

### **Os sintomas somatoformes em Medicina Geral e Familiar**

Definição	3
Prevalência	14
Dos sintomas	14
Das perturbações somatoformes	19
Etiopatogenia	20
Representações mentais de doentes e médicos acerca dos sintomas somatoformes	28
Abordagens terapêuticas	31
Referências bibliográficas	37

## **PARTE II**

### **Estudos empíricos**

Estudos e objectivos	55
Frequência dos sintomas físicos na população de uma USF: estudo transversal.	56
Frequência de consultas em medicina geral e familiar com sintomas somatoformes: estudo descritivo	59
O que pensam os doentes com sintomas somatoformes. Estudo qualitativo	60
Referências bibliográficas	63

FREQUÊNCIA DOS SINTOMAS FÍSICOS NA POPULAÇÃO  
DE UMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR PORTUGUESA:  
estudo transversal

Resumo	65
Introdução	66
Metodologia	67
Resultados	69
Discussão	73
Conclusões	76
Referências bibliográficas	76

FREQUÊNCIA DE CONSULTAS EM MEDICINA GERAL E  
FAMILIAR COM SINTOMAS SOMATOFORMES: estudo  
descritivo

Resumo	81
Introdução	82
Metodologia	83
Resultados	84
Discussão	88
Conclusão	90
Referências bibliográficas	91

O QUE PENSAM OS DOENTES COM SINTOMAS  
SOMATOFORMES. Estudo qualitativo

Resumo	95
Introdução	97
Métodos	99
Resultados	101
Discussão	107
Conclusão	112
Referências bibliográficas	114

## **PARTE III**

### **DISCUSSÃO E CONCLUSÕES**

O problema dos sintomas sem sinais	125
A frequência dos sintomas somatoformes	126
Estratégias de abordagem clínica	128
Proposta de classificação e codificação dos sintomas físicos não explicados por doença orgânica	135
Propostas de investigação no futuro	136
Implicações para o ensino pré e pós-graduado	138
Referências bibliográficas	142
Referências bibliográficas por autor	149

## **ANEXOS**

<b>ANEXO I.</b> Carta para D.E. do ACES de Oeiras	173
<b>ANEXO II.</b> Declaração da Comissão de Ética	175
<b>ANEXO III.</b> Carta para os utentes	177
<b>ANEXO IV.</b> Questionário para utentes	179
<b>ANEXO V.</b> Boletim de notificação de doentes com SS	181
<b>ANEXO VI.</b> Grelha de análise de entrevista	183
<b>ANEXO VII.</b> Declaração de consentimento	187
<b>ANEXO VIII.</b> Resumo de sinopses das entrevistas	188

Lista de abreviaturas

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
CAQDAS	Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software
CID-10	Classificação Internacional das Doenças, 10ª versão
CMG	Condição Médica Geral
DDF	Difficulty in Describing Feelings (Dificuldade em Descrever Sentimentos, dimensão da TAS-20)
DIF	Difficulty in Identifying Feelings (Dificuldade em Identificar Sentimentos, dimensão da TAS-20)
DSM-II	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 2ª edição
DSM-III	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 3ª edição
DSM-III-R	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 3ª edição revista
DSM-IV	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4ª edição
DSM-IV-PC	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4ª edição, versão para os Cuidados Primários
DSM-IV-R	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4ª edição revista
DSS	Doente com Sintomas Somatoformes
ECD	Exames Complementares de Diagnóstico
EOT	Externally Oriented Thinking (Pensamento Orientado para o Exterior, dimensão da TAS-20)
HMO	Health Maintenance Organization
HPA	Eixo hipotálomo-pituitário-adrenal
IBQ	Illness Behavior Questionnaire (Escala de Comportamentos na Doença)
MAI	Minor Acute Illness
MBE	Medicina Baseada na Evidência
MGF	Medicina Geral e Familiar
MOS-SF 36	Medical Outcomes Study, Short Form com 36 itens
MUPS	Medically Unexplained Physical Symptoms
MUS	Medically Unexplained Symptoms
PAQ	Personal Attributes Questionnaire (Questionário das Atribuições Pessoais)
PHQ-15	patient health questionnaire com 15 itens
QMFME	Questionário de Manifestações Físicas de Mal Estar
RNM	Ressonância Nuclear Magnética
RNMf	Ressonância Nuclear Magnética funcional

R-SOMS-2	Versão reduzida da Screening for Somatoform Symptoms, 2 anos, com 29 sintomas
SAM	Sistema de Apoio ao Médico
SCI	Síndrome do Cólon Irritável
SIDA	Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida
SINUS	Sistema de Informação para as Unidades de Saúde
SOMS-2	Screening for Somatoform Symptoms, 2 anos, com 43 sintomas.
SOMS-7	Screening for Somatoform Symptoms, 7 dias
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SS	Sintomas Somatoformes
SSDWG	Somatic Symptom Disorders Work Group
SSI-4/6	Somatic Symptom Index, 4 sintomas para homens e 6 sintomas para mulheres
TAC	Tomografia Axial Computorizada
TAS-20	Toronto Alexithymia Scale (escala de alexitimia de Toronto, com 20 itens)
TCC	Terapêutica Cognitivo-Comportamental
USF	Unidade de Saúde Familiar
VALSIM	Estudo Epidemiológico de <b>PreVAL</b> ência da <b>S</b> índrome <b>M</b> etabólica na População Portuguesa
WICC	WONCA International Classifications Committee
WONCA	World Organizations of Family Doctors

## Agradecimentos

No momento de encerrar este trabalho constatamos que ele é resultado dos contributos de tantas pessoas que reduz, frustrantemente, a nossa parte a uma dimensão infinitamente pequena.

Agradeço a todos os elementos da USF São Julião, ACES de Oeiras, que de uma forma ou de outra me incentivaram a levar este trabalho até ao fim, muito particularmente aos colegas Áurea Farinha, Helena Febra, Teresa Campos, Teresa Libório, Rita Lourenço, Rizério Salgado e Luísa Romeiro pela identificação dos doentes com sintomas físicos e pelo seu seguimento. Agradeço o apoio e a disponibilidade do Centro de Saúde de Oeiras representado nas suas Direções, primeiro pela Dr.<sup>a</sup> Leonor Lima e, depois, pelo Dr. Vítor Cardoso.

Uma palavra de agradecimento à Susana Corte-Real pelo suporte por se predispor à revisão do texto.

Com admiração pelo extraordinário espírito crítico e rigor científico, agradeço ao Dr. Daniel Pinto e Dr. John Yaphe pelas pertinentes sugestões e trabalho de análise estatística, bem como, ao Dr. Bruno Heleno pela crítica aos manuscritos dos estudos quantitativos.

O meu agradecimento muito especial à Professora Doutora Patrícia Rosado Pinto pela orientação no âmbito da investigação qualitativa para além de funcionar como um dos juízes de validação e que sempre demonstrou disponibilidade inexcedível.

Agradeço ao Dr. Ricardo Encarnação e Dr.<sup>a</sup> Teresa Ventura por se disporem a ser os outros dois juízes validadores. À Filipa Devezas pelo trabalho de conferência dos dados referentes aos sujeitos das amostras dos estudos quantitativos e à Mafalda Duarte pela transcrição *verbatim* das entrevistas.

À Professora Doutora Graça Cardoso, agradeço a preciosa crítica que, para além de me levar a algumas correções, me fizeram refletir e concluir que o título mais adequado desta tese seria “Sintomas Somatoformes em Medicina Geral e Familiar” em vez do inicial de “Sintomas Somatoformes em Medicina Geral e Familiar”.



Agradeço a todos os doentes que participaram nos estudos não só pela sua disponibilidade mas também pela genuína vontade de colaborar quando foram solicitados. A este propósito, uma palavra de reconhecimento a todos os doentes que ao longo dos anos de clínica me ajudaram no meu desenvolvimento profissional e humano, pela sua disponibilidade, pela sua crítica, pelo que me ensinaram, por confiarem e por me desculparem quando não consegui responder às exigências do momento.

Agradeço à Merck Sharp & Dohme (MSD) por disponibilizar o motor de busca UNIVADIS, que ao longo destes 3 anos me informou sobre as publicações com as palavras-chave “MUPS” e “*sintomas somatoformes*” e, muito especialmente, à Dr.<sup>a</sup> Graça Portela que sempre respondeu de uma forma eficiente aos meus pedidos de artigos quando não eram de acesso livre.

Agradeço a toda a equipa do Departamento de Medicina Geral e Familiar, da Faculdade de Ciências Médicas, pelo apoio e confiança em mim depositada. Cabe ainda agradecer aos colegas e amigos que ao longo dos anos me incentivaram a prosseguir até ao fim, demonstrando uma confiança e entusiasmo que me contagiaram e alimentaram ao longo deste percurso.

À Faculdade de Ciências Médicas, com o desejo de a engradecer e ser digno da confiança que em mim depositou, agradeço por me ter dado as condições para a presente tese e a oportunidade de desenvolver e ensinar a área técnico-científica do meu interesse - a Medicina Geral e Familiar.

Iniciei a atividade como Médico de Família no Centro de Saúde de Sintra, ao mesmo tempo em que começou a atividade do Grupo Integrado de Saúde Mental de Sintra, fator decisivo e determinante da minha forma de estar na clínica, não só pelo ambiente estimulante de colegas que muito admiro mas também pela personalidade e ensinamentos do mentor deste Grupo, Professor Doutor João Sennfeldt a quem expresso o meu agradecimento.

Finalmente, à Professora Dr. Isabel Santos, regente da cadeira de Medicina Geral e Familiar, pela orientação mas sobretudo por acreditar em mim sendo que, sem o seu incentivo e apoio, este trabalho não teria sido possível. Peço desculpa pelas desilusões que lhe dei ao longo deste percurso e, sobretudo, pelos meus momentos de desespero e de descrença. Agradeço-lhe ainda o seu exemplo de dedicação ao ensino da Medicina Geral e Familiar em Portugal e, aqui, expresso a mais profunda admiração pelo que têm feito em prole do

Departamento de MGF da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Nova de Lisboa.

Mais uma vez peço desculpa à Ana Cristina e ao Hugo pela minha tão reduzida disponibilidade ao longo deste tempo e, apesar disso, sempre me incentivaram incondicionalmente a prosseguir neste trabalho.

## Prefácio

Quando iniciei a clínica, na carreira médica de clínica geral, deparei-me com muitos doentes que tinham sintomas, mas para os quais não encontrava uma doença que os justificassem. Sentia-me incompetente e frustrado achando que se não encontrava a doença só poderia ser incompetência da minha parte. Tanto mais que vinha de uma educação médica, onde predominava o paradigma biomédico, que sempre reforçou a ideia que não há sintoma sem doença. Lembro-me do aforismo de um assistente de cirurgia, muito dedicado à traumatologia: “*não há dor sem doença ou trauma (físico)*”. Demonstrava a sua evidência ilustrando com casos clínicos em que os doentes referiam dores muito antes de se chegar ao diagnóstico. Com o tempo, acabei por aprender que um sintoma significa sempre sofrimento, mas nem sempre doença.

Feita esta evolução, um outro problema surgiu: como ajudar ou tranquilizar estes doentes? É que eles, tal como eu antes, tinham dificuldade em aceitar que um sintoma não tivesse na sua base uma doença. Com essa crença ou receio de doença, acabavam por encontrar alguém que lhes dava um diagnóstico que nada significava: espondilartrose, mais conhecida por “bicos de papagaio”, angina de peito, colite, “princípios” disto e daquilo, etc.

Para alguns, tais diagnósticos funcionavam como sentenças que os condenavam, para todo o sempre, a serem encarcerados na doença. Nada mais podiam fazer, a não ser resignarem-se a um destino inexorável e dependente dos cuidados de saúde.

Outros, mesmo sem pseudo-diagnósticos, ou insatisfeitos com eles, continuavam à procura de respostas fora deles (doentes), numa busca incessante da doença que não os deixava desfrutar a saúde que tinham. Embora a generalidade dos profissionais de saúde tenda a desvalorizar o que diz ao doente e, sobretudo, o efeito que nele provoca, a realidade é que a comunicação pode ter efeitos colaterais muito iatrogénicos, i.e. efeitos perlocutórios negativos, agravados pela propriedade da irreversibilidade – uma coisa uma vez dita não pode deixar de existir.

Esta constatação fez-me tomar consciência da importância de saber comunicar com os doentes de modo a transmitir-lhes confiança e, sobretudo, a confiarem em si próprios. Aqui assumindo que se a comunicação pode ser iatrogénica é

verdade que também pode ser usada com intenção terapêutica beneficiando, deste modo, o doente, i.e., efeito perlocutório positivo.

Neste processo de aprendizagem, foram de grande importância os profissionais com quem trabalhei, mas sobretudo o que os doentes me ensinaram, muitas vezes à custa de erros que cometi e que os próprios sofreram. Este trabalho é motivado pelo desejo de aprender a ajudar estes doentes e, de certo modo, também é uma forma de expiação pessoal do sofrimento que, involuntariamente, lhes infligi ou que não fui capaz de minimizar.

## Arquitectura do texto

Optou-se por uma exposição em três partes. Na Parte I faz-se uma revisão dos sintomas somatoformes, começando pela sua definição e sinonímia e terminando com as estratégias de abordagem terapêuticas preconizadas para estes doentes.

A Parte II apresenta a investigação empírica composta por três estudos cuja descrição foi feita de acordo com a estrutura para publicação. O primeiro estudo, transversal e descritivo, através de inquérito aplicado a uma amostra da população inscrita numa unidade de saúde familiar (USF), visou conhecer a prevalência de sintomas físicos na população inscrita numa unidade de saúde familiar urbana, numa tentativa de avaliar a frequência destes sintomas na população em geral. O segundo estudo, igualmente descritivo, com recurso a coorte de doentes seguidos durante seis meses, supostamente com sintomas físicos não explicados por doença orgânica, segundo critério do clínico, procurou conhecer a frequência de consultas com sintomas somatoformes, em medicina geral e familiar, e quais são os procedimentos implementados para este tipo de situações clínicas. O terceiro estudo teve, como principal objectivo, conhecer as ideias e os receios dos doentes com sintomas somatoformes associados aos mesmos. Procurou saber-se que ideias e expectativas os doentes têm quando procuram os serviços de saúde e como vêem o que lhes é feito e proposto na consulta. Para além disso, que ideia têm de como podem ser ajudados e o que julgam ser útil fazer para que outros doentes, nas mesmas condições, se sintam tranquilizados pelos profissionais de saúde. Os primeiros dois estudos têm como base métodos descritivos quantitativos e no terceiro recorreu-se à metodologia qualitativa de análise de conteúdo de entrevistas.

Finalmente na Parte III faz-se uma reflexão sobre os trabalhos realizados, integrando o que já conhecemos da literatura, especulando-se sobre as implicações para a melhoria dos cuidados a prestar a este tipo de pacientes e elencar algumas linhas possíveis de investigação para o futuro bem como implicações para o ensino.

Para as referências bibliográficas adoptou-se o estilo Vancouver<sup>1</sup> e são apresentadas no final das partes I e III e de cada artigo. No final da Parte III, é apresentada uma lista com as referências bibliográficas ordenados por ordem alfabética dos autores.

Nos anexos encontram-se os documentos considerados importantes para a compreensão do percurso feito, bem como para o entendimento do trabalho realizado, nomeadamente as entrevistas transcritas, com as unidades discursivas marcadas a cores em função das categorias resultantes da análise de conteúdo.

---

<sup>1</sup> School of Medicine at University of Southampton. *Citing & Referencing Guide: BMJ Vancouver Style*. [www.southampton.uk/library](http://www.southampton.uk/library) (acedido em 3 de Janeiro de 2010)

## Resumo

Os doentes que vão à consulta com sintomas físicos para os quais o médico não encontra uma causa orgânica, são frequentes na Medicina Geral e Familiar, embora não sejam específicos, e são o objecto de estudo do presente trabalho. Não deixar uma doença por diagnosticar (erro de tipo II) sem contudo rotular pessoas saudáveis como doentes (erro de tipo I) é um dos mais difíceis problemas da prática clínica diária e para o qual não existe uma orientação infalível e não é previsível que alguma vez venha a existir. Mas se o diagnóstico de doença ou não-doença é difícil, o tratamento dos que não tem doença, embora com sofrimento, também não é mais fácil, sobretudo, se estivermos conscientes do sofrimento que determina a medicalização e a iatrogenia.

O presente trabalho está estruturado em 3 partes. Na primeira parte descrevemos a nossa visão integrada do que apreendemos da leitura da literatura publicada e à qual tivemos acesso. À semelhança do que se verifica na maioria das áreas da Medicina esta é também uma em que o conhecimento cresce a ritmo exponencial. No entanto, à falta de conceitos precisos e de definições consensuais sucede um conhecimento, por vezes, pouco consistente, tanto mais que estamos na fronteira entre a cultura leiga e a cultura erudita médica em que os significados devem, a todo o momento, ser validados. Fizemos uma revisão sobre as definições do que está em questão, sobre o que se sabe sobre a frequência dos sintomas físicos na população, quantos recorrem aos serviços de saúde e o que lhes é feito. Passámos por uma revisão da fisiologia destes sintomas e algumas explicações fisiopatológicas para terminarmos sobre o que os doentes pensam sobre os seus sintomas e os cuidados que recebem e o que os profissionais pensam sobre estes doentes. Esta parte termina com uma revisão das propostas de abordagem para este tipo de doentes.

Na segunda parte, descrevemos os estudos empíricos focados no problema dos pacientes com sintomas físicos mas sem evidência de doença orgânica. Começa por uma apresentação dos aspectos processuais e metodológicos dos estudos realizados, mais especificamente, de dois estudos quantitativos e um qualitativo. No primeiro estudo pretendeu-se avaliar quais são os sintomas

físicos e a sua frequência na população em geral e a frequência de pacientes que procuram (ou não) os serviços de saúde tendo como motivo este tipo de sintomas. O objectivo deste estudo é contribuir para a demonstração que este tipo de sintomas faz parte da vida do dia-a-dia e que, na maioria das vezes, só por si não significa doença, sem contudo negar que representa sofrimento, por vezes até maior do que quando há patologia orgânica.

Se no primeiro estudo era demonstrar que os sintomas físicos são frequentes na população, no segundo estudo o objectivo é demonstrar que pacientes com este tipo de sintomas são igualmente frequentes e que o tipo de sintomas apresentados na consulta não difere dos referidos pela população em geral. Pretendia-se ainda saber o que é feito ou proposto pelo médico a estes doentes e se estes doentes traziam ou não, junto com os sintomas, ideias explicativas para os mesmos. Finalmente e não menos importante, é avaliar o grau de fidedignidade do diagnóstico de sintoma somatoforme, chamando assim ao sintoma físico que foi “levado” à consulta e que o médico diagnosticou como não tendo causa orgânica. O terceiro estudo parte do conhecimento adquirido que a Medicina tem muitas respostas para este problema, mas poucas que se possam considerar satisfatórias se usadas isoladamente. Que a maioria das soluções é procurada entre a cultura médica e num paradigma reducionista de separação mente-corpo. Contudo, se o sintoma é “construído” pelo doente, se o principal problema não está no sintoma mas na forma como o paciente o vê, então pareceu-nos lógico que a solução também tem que passar por integrarmos no plano de abordagem o que o doente entende ser melhor para si. Nesta sequência, entrevistaram-se alguns doentes cujo diagnóstico de sintomas somatoformes estava demonstrado pelo teste do tempo. Por isso, entrevistaram-se doentes que já tinham ido à consulta de MGF há mais de 6 meses por sintomas somatoformes e, na data da entrevista, o diagnóstico se mantinha inalterado, independentemente da sua evolução. As entrevistas visaram conhecer as ideias dos doentes sobre o que as motivou a procurarem a consulta, o que pensavam da forma como foram cuidados e que ideias tinham sobre o que os profissionais de saúde devem fazer para os ajudar a restabelecer o equilíbrio com o seu ambiente evitando a medicalização, a iatrogenia e a evolução para a cronicidade.



Na terceira parte, discutem-se e integram-se os resultados encontrados no conhecimento previamente existente. Tenta-se teorizar, fazer doutrina sobre o tema e contribuir para abordagens terapêuticas mais personalizadas, abrangentes, variadas e multimodais, baseadas sempre no método clínico centrado no paciente, ou de modo menos correcto mas enfático, baseadas no método centrado na relação. Apresentam-se algumas hipóteses de trabalhos futuros sobre o tema e, sobretudo, esperamos ter contribuído para o reconhecimento da necessidade de a comunicação médico-doente ser uma aprendizagem transversal a todos os profissionais de saúde e ao longo da vida, com a ideia que é sempre possível fazer melhor, caso contrário tenderemos, inexoravelmente, a fazer cada vez pior.

**Palavras chave:** *Sintomas físicos; Sintomas somatoformes; Cuidados primários de saúde; Medicina Geral e Familiar; Comunicação médico-doente.*

## **Abstract**

Patients who go to consultation with physical symptoms, for which the doctor does not find an organic cause, are the subject of the present study. They are common in family medicine, although not specific. Do not let an undiagnosed disease (type II error), but without labeling healthy people as patients with disease (type I error) is one of the most difficult problems in clinical practice and for which doesn't exist an infallible guide and it is unlikely that any since coming into existence. But, if the diagnosis of disease or non-disease is difficult, the treatment of those who do not have the disease, though suffering, it is not easy, especially if we are aware of the suffering that medicalization and iatrogenic determines.

This work is structured in three parts. In the first part we describe our integrated view of what we grasp from reading the published literature and to which we had access. Similar to that found in most areas of medicine, this is also one in which knowledge grows exponentially. However, the absence of precise concepts and consensual definitions determines an inconsistent knowledge, especially because we're on the border between secular culture and medical culture where, at all times, the meaning must be validated. We did a review on the definitions of what is at issue, what is known about the frequency of physical symptoms in the population, how many use the services of health and what they receive as care. We went through a review of the physiology of these symptoms and some pathophysiological explanations, to finish on what patients think about their symptoms and how they perceived the care they received and, finally, what professionals think about these patients. This part ends with a review of the approaches proposed for such patients.

In the second part, we describe the empirical studies focused on the problem of patients with physical symptoms but no evidence of organic disease. Begins with a presentation of the procedural and methodological aspects of studies, more specifically, two quantitative and one qualitative. The first study sought to assess which are the physical symptoms, their incidence in the general population and the frequency they seek (or not) health services on behalf of those symptoms. The aim behind this study was to contribute to the demonstration that this type of symptoms is part of life's day-to-day and that, in

most cases, does not represent disease by itself, without denying that they represent suffering, sometimes even greater than when there are organic disease.

The first study endeavor to demonstrate that the physical symptoms are common in the population. The second study aspires to demonstrate that patients with such symptoms are also common and that the type of symptoms presented in the consultation does not differ from those in the general population. The aim was also to know what is done or proposed by the physician for these patients and if these patients brought or not, along with the symptoms, explanatory ideas for them. Finally and not least, it would try to assess the degree of reliability of diagnosis of somatoform symptoms, thus drawing the physical symptom that patient presents in the consultation and that the doctor diagnosed as having no organic cause. The third study starts from the acquired knowledge that medicine has many answers to this problem, but few can be considered satisfactory if used in isolation. The most solutions are sought in the medical culture and based on a reductionist paradigm of mind-body. However, if the symptom is "built" by the patient, if the main problem is not the symptom but the way the patient sees it, then it seemed logical to us that the solution must integrate the approaches that patients believes are best for them. Subsequently, a few patients, whose diagnosis of somatoform symptoms was demonstrated by the test of time, were interviewed. Therefore, patients who were interviewed had gone to the consultation of family medicine more than 6 months before for somatoform symptoms and. at the moment of the interview, the diagnosis remained unchanged, regardless of their evolution. The interviews aimed to ascertain the patients' ideas about what motivated them to seek consultation, what they thought about the care they got and which ideas they have about what health professionals should do to help these patients to re-establish equilibrium with its environment avoiding medicalization, iatrogenic effects and the evolution to chronicity. In the third section, we discuss and integrate the results found in previously existing knowledge. Attempts to theorize on the subject and contribute to more personalized treatment, comprehensive, varied and multi-modal approaches, always based on patient-centered clinical method, with emphasis on the relationship. We presents some hypotheses for future work on the subject and,

above all, defend the recognition of the importance of lifelong learning communication skills for all health professionals, with the idea that we can always do better, otherwise we tend inexorably to do worse.

**Keywords:** *physical symptoms, somatoform symptoms; Primary health care, family medicine, doctor-patient communication.*

## Sommaire

Les patients qui se rendent à la consultation avec des symptômes physiques pour lesquels le médecin ne trouve pas de cause organique, sont courants en médecine familiale et font l'objet de la présente étude. Ne laissez pas une maladie non diagnostiquée (type d'erreur II), mais sans étiqueter les gens sains comme des patients (erreur de type I), est l'un des problèmes les plus difficiles dans la pratique clinique et pour lesquels il n'existe pas un guide infallible. Mais, si le diagnostic de la maladie ou non-maladie est difficile, le traitement de ceux qui n'ont pas maladie, mais avec affliction, il n'est pas moins difficile, surtout si nous sommes conscients de la souffrance qui est déterminé par la médicalisation et l'action iatrogénique.

Ce travail est structuré en trois parties. Dans la première partie, nous décrivons notre vision intégrée de ce que nous saisissons la lecture de la littérature publiée et à laquelle nous avons eu accès. Dans ce domaine de la connaissance, on assiste a un développement exponentielle, en toute façon similaires a outre domaines de la médecine. Cependant, le manque de concepts précises et de définitions consensuel sont a la base dune connaissance peut cohérent. Si nous avons en considération que nous sommes sur la frontière entre la culture laïque et la haute culture médicale, nous comprenons la nécessité de, a tous les moments, validés les signifiés des éléments en transaction. Nous avons fait une révision sur les définitions de ce qui est en cause, sur ce qui est connu sur la fréquence des symptômes physiques dans la population, le nombre de recours aux services de santé et ce que les patents obtient des services de santé par ce sujet. Nous sommes passés par un examen de la physiologie de ces symptômes et quelques explications physiopathologiques et sur ce que pensent les patients de leurs symptômes et les soins qu'ils reçoivent et ce que les professionnels pensent de ces patients. Cette partie termine par un examen de l'approche proposée pour ces patients.

Dans la deuxième partie, nous décrivons les études empiriques axées sur le problème des patients avec des symptômes physiques, mais aucune maladie organique. On commence par une présentation des aspects procéduraux et méthodologiques des études, plus précisément, deux quantitatives et un

qualitative. La première étude visait à évaluer quels sont les symptômes physiques et leur fréquence dans la population générale et de la fréquence avec laquelle ils cherchent des services de santé (ou non) pour eux. L'objectif derrière cette étude était de contribuer à la démonstration que ce type de symptômes fait partie de la journée de la vie et que dans la plupart des cas, par elle-même ne représente pas maladie, sans nier que pourrait représenter souffrance, parfois même plus grande que si le patient avait une maladie organique.

Si la première étude était de démontrer que les symptômes physiques sont courantes dans la population, dans la seconde étude le notre objectif était de démontrer que les patients avec des symptômes tels sont également fréquentes et que le type de symptômes présentés dans la consultation ne diffèrent pas de ceux de la population générale. Le but était, aussi, savoir ce qui est fait ou proposé à ces patients. On voulait aussi savoir si ces patients sont amenés ou non des idées explicatives pour leurs symptômes. Par outre côté, on prétendons essayer d'évaluer le degré de fiabilité du diagnostic de symptômes somatoformes, attirant ainsi le symptôme physique qui a été "pris" à la consultation et que le médecin a diagnostiqué comme étant sans cause organique. La troisième étude part de la connaissance que la médecine a beaucoup de réponses à ce problème, mais peu qui peut être considérée comme satisfaisante si on les utilise de façon isolées. La plupart des solutions sont recherchées entre la culture médicale et dans le paradigme réductionniste de la séparation corps-esprit. Toutefois, si le symptôme est «construit» par le patient, si le problème principal n'est pas le symptôme, mais la façon dont le patient le voit, alors il semble logique pour nous que la solution doit également passer par intégrer l'approche que le patient croit être le mieux pour lui. Par la suite, ont interrogé des patients dont le diagnostic des symptômes somatoformes a été démontré par l'épreuve du temps. Les patients interrogés étaient allés à la consultation de médecine de famille plus de 6 mois auparavant pour les symptômes somatoformes et, à la date de l'entretien, le diagnostic est resté inchangé, indépendamment de leur évolution. Les entrevues visaient à déterminer les idées des patients sur ce qui les ont motivées à chercher la consultation et ce qu'ils pensaient des traitements qu'ils ont reçus. On voudrait aussi, évaluer ce qu'ils pensent sur qu'on doit faire pour aider ces patients à

rétablir l'équilibre avec son environnement, en évitant la médicalisation, les affects iatrogénique et l'évolution vers la chronicité.

Dans la troisième section, nous discutons et intégrons les résultats trouvés dans les connaissances précédemment existantes. Les tentatives de théoriser sur ce sujet et contribuer pour des traitements plus personnalisé et d'approches complètes, diversifiées et multimodal, toujours basé sur la méthode clinique centrée au patient. On présente quelques hypothèses pour des travaux futurs sur le sujet et, surtout, on appelle à la reconnaissance de la nécessité de l'apprentissage de la communication pour tous les professionnels de la santé, aient présent l'idée qu'on peut toujours faire mieux.

**Mots-clés** : symptômes physiques, symptômes somatoformes, soins de santé primaires, médecine familiale, communication médecin-patient.





# **PARTE I**

**Os sintomas somatoformes**

**em**

**Medicina Geral e Familiar**



## Definição

O diagnóstico é, e sempre foi, o cerne da cultura e educação médica. Em tempos os bons mestres definiam-se pelos seus raciocínios brilhantes para chegarem ao diagnóstico. A terapêutica era considerada como um trabalho menor e, assim, era deixada para outros clínicos menos experientes. Nestas condições, qualquer intervenção terapêutica só poderia ser legitimada com a existência de um diagnóstico. A percepção desta imprescindibilidade do diagnóstico, associada à incapacidade real de o obter leva o clínico a criar pseudo-diagnósticos, meros rótulos, que nada acrescentam ao sintoma referido pelo doente mas, contudo, aparentam um conhecimento da situação clínica e legitimam a intervenção terapêutica. Por exemplo, traduzir as dores menstruais de uma jovem por dismenorreia, as dores rectais correspondentes a espasmos do esfíncter anal por proctalgia *fugax*, nada acrescenta ao conhecimento mas é um rótulo que legitima o sofrimento do doente, lhe dá a percepção de que conhecemos o seu mal e, portanto, caindo na falácia nomotética. Outros exemplos de diagnósticos, que apenas são rótulos mas que nada explicam quanto à natureza do sofrimento do doente, são a fibromialgia, síndrome do cólon irritável, síndrome de fadiga crónica.

Na tabela de duas entradas, representada na Figura 1, conceptualiza-se o que pode suceder no encontro entre médico e doente, em função das diferentes perspetivas que cada um tem relativamente ao significado dos sintomas.

		ACHADOS OBJECTIVOS	
		Sim	Não
QUEIXAS SUBJETIVAS	Sim	Doença	S. Somatoformes Doença não diagnosticada
	Não	Doença oculta Negação Estoicismo	Sem doença

**Figura 1.** Achados objetivos vs queixas subjetivas  
(adaptado de Dimsdale JE e Dantzer R<sup>1</sup>)

O primeiro pode encontrar, ou não, achados objetivos o segundo pode referir, ou não, queixas subjetivas. Quando perante o doente que refere sintomas subjetivos, o médico encontra sinais que os tornam “reais”, estamos na situação de doença e acontece o *acordo na doença*. Quando o doente não apresenta queixas e o médico não encontra sinais de doença, acontece o *acordo na saúde*. Nestas situações de acordo os profissionais de saúde sentem-se relativamente confortáveis.

O mesmo não acontece nas outras duas situações de desacordo. Por vezes o médico encontra dados objetivos de patologia mas o doente está assintomático ou não reconhece a existência de sintomas. Esta situação acontece em doenças assintomáticas (v.g. carcinoma *in situ* do colo do útero), ou quando o doente se “recusa” a aceitar a doença ou, ainda, em situações de estoicismo. Contudo, o que nos preocupa no presente trabalho é a situação de desacordo entre o médico que não encontra dados objetivos de doença e o doente que apresenta e vive sintomas que lhe sugerem doença. A estes sintomas, para efeitos práticos, assumimos designá-los genericamente como somatoformes e incluem os diagnósticos de perturbações somatoformes, quando preenchem os critérios de definição da DSM-IV ou da CID-10. Dentro deste grupo de “desacordo” podem estar incluídas situações de doença real mas que o clínico não diagnosticou seja por estágio inicial de patologia em desenvolvimento, seja por desconhecimento da ciência (por exemplo, a SIDA antes de a ciência identificar o agente causador e a reconhecer como entidade nosológica discreta). Contudo, e de modo a precisar melhor o campo do nosso estudo diremos que o nosso objeto de estudo são os sintomas para os quais não se encontra explicação médica, depois de se terem cumprido todos os procedimentos de diagnóstico adequados à situação clínica em questão. Trata-se, portanto, dos doentes que apresentam queixas para as quais não é possível atribuir um diagnóstico, pelo menos à luz da fisiopatologia clássica, ou seja, são doentes com dorência mas sem doença. A doença descreve as alterações fisiológicas objetivas associadas a alterações orgânicas ou a sinais físicos. A dorência refere-se aos sintomas físicos ou psicológicos subjetivos percebidos pelo doente e que só podem ser documentados pelo impacto na funcionalidade emocional, social, familiar e profissional.

O paradigma biomédico dominante baseia-se na dualidade mente-corpo. Quando aceita o efeito da mente no corpo (no soma), chama-lhe somatização, que, só por si, representando uma anomalia, isto é, só o facto de o corpo traduzir um efeito da ação da mente é, em si, uma patologia. No entanto, a mente e o corpo são indissociáveis e, só por abstração, poderão ser vistos como separados e mutuamente independentes. Esta incapacidade de ver a pessoa no seu global leva, inclusive, a alguma dificuldade em encontrar um signo que signifique a pessoa no seu todo. António Damásio<sup>2</sup> chama-lhe *self* à “falta de uma palavra mais adequada”, como o próprio diz.

Segundo a DSM-IV<sup>3</sup> as perturbações somatoformes consistem “*na presença de sintomas físicos que sugerem um estado físico geral (daí, o termo “somatoforme”) e não são completamente explicadas por um estado físico geral, pelos efeitos de uma substância ou por outra perturbação mental. Os sintomas têm de causar mal-estar clinicamente significativo ou dificuldades no funcionamento, social, ocupacional ou noutras áreas*”.

O termo síndrome somática funcional, incluído nas perturbações de somatização, designa um conjunto de sintomas contemporâneos sem explicação médica. Estão nestas condições a fibromialgia, a síndrome de cólon irritável e a síndrome de fadiga crónica. Alguns autores<sup>4-6</sup> defendem que as síndromes somáticas funcionais descritas nas várias especialidades têm mais características comuns do que diferenças, sugerindo tratar-se de uma entidade única. A favor desta hipótese contamos com alguns factos como o de 40% dos doentes com síndrome de cólon irritável (SCI) terem associado enxaqueca, fibromialgia e depressão e a probabilidade de um doente com SCI ter pelo menos uma destas síndromes é de 60%<sup>7</sup>. Para além disso, 67% dos doentes com fibromialgia têm síndrome de cólon irritável sem que se encontre qualquer diferença clínica comparativamente aos doentes sem SCI<sup>8</sup>.

No entanto, outros autores<sup>9</sup> encontraram graus de covariância entre os sintomas definidores de cada síndrome que fazem crer que se trata de entidades discretas, embora seja frequente a coocorrência entre elas.

As perturbações somatoformes indiferenciadas e as “sem outra especificação” não tem sido usadas em cuidados primários e não foram validadas<sup>10</sup>. Para alguns autores<sup>11</sup> a hipocondria é apenas uma característica da somatização, sendo que na hipocondria o que domina é o medo de ter doença e, na

somatização, o que predomina é o desejo de ter um diagnóstico ou explicação para os seus sintomas e não tanto o medo da doença. Parece que a somatização é o extremo de um contínuo do impacto da mente sobre o soma<sup>12</sup>. Para a DSM-IV<sup>3</sup>, as perturbações somatoformes incluem 7 categorias que são descritas no Quadro I.

**Quadro I. Classificação das perturbações somatoformes (segundo DSM-IV<sup>8</sup>)**

<b>Perturbação</b>	<b>Crítérios</b>
Somatização <sup>i</sup>	História de sintomas somáticos antes dos 30 anos; Pelo menos 4 sintomas dolorosos com localizações diferentes; Dois sintomas gastrointestinais que não a dor; Um sintoma sexual; Um sintoma pseudo-neurológico.
Somatoforme indiferenciada	Um ou mais sintomas físicos; Duração superior a 6 meses.
Conversão	Um ou mais sintomas ou défices afetando as funções motoras voluntárias ou sensoriais; Precedido por conflitos ou outros stressores; O sintoma não se limita a dor ou disfunção sexual.
Dor somatoforme	Dor em uma ou mais localizações; Os fatores psicológicos desempenham um papel importante.
Hipocondria	Duração superior a 6 meses; Preocupação com o medo de ter doença grave baseada na interpretação errada de sintomas físicos; Persistência de preocupação apesar da adequada avaliação e tranquilização médica; A preocupação é clinicamente significativa e interfere com as funções social, ocupacional ou de outras áreas.
Dismórfica corporal	Preocupação com um defeito imaginado na aparência; A preocupação é clinicamente significativa e interfere com a função social, ocupacional ou de outras áreas.
Somatoforme sem outra especificação	Inclui todas as perturbações somatoformes que não se enquadram nas anteriores. Por exemplo, queixas físicas inexplicáveis com duração inferior a 6 meses, pseudociese.

Note-se que todas estas síndromes têm como critérios comuns os sintomas não serem intencionalmente produzidos ou simulados; não poderem ser explicadas por um estado físico geral, por efeitos de uma substância ou como comportamento ou experiência culturalmente sancionada.

<sup>i</sup> Os critérios da Perturbação da somatização têm evoluído desde a primeira tentativa de os explicitar:

- 1972, Grupo da Universidade de Washington, 25 sintomas numa lista de 59.
- 1980, *American Psychiatric Association* (DSM III), 14 de 27 sintomas para mulheres e 16 de 37 sintomas para homens.
- 1987, *American Psychiatric Association* (DSM III-R), 13 de 27 sintomas e igual para os dois sexos.
- 1994, *American Psychiatric Association* (DSM IV), 8 sintomas.
- 1998, *American Psychiatric Association* (DSM-R), sintomas de 4 sistemas, pelo menos 4 sintomas dolorosos com localizações diferentes, dois sintomas gastrointestinais que não a dor, um sintoma sexual, um sintoma pseudo-neurológico (*Adaptado de Escobar et al. 2002*).

A Classificação Internacional das Doenças, versão 10 (CID-10), a propósito das perturbações somatoformes diz:

*“A principal característica é a apresentação repetida de sintomas físicos associada a pedidos persistentes de investigação médica, apesar de achados repetidamente negativos e tranquilizações pelos médicos de que os sintomas não têm uma causa física. Se estiverem presentes algumas perturbações físicas, elas não explicam a natureza ou a gravidade dos sintomas ou a tensão ou a preocupação do doente”<sup>13</sup>.*

Na CID-10, as perturbações somatoformes estão incluídas no capítulo V, categoria F45, que compreende 7 subcategorias, à semelhança da DSM-IV e que se descrevem no Quadro II.

A Classificação Internacional de Cuidados Primários, segunda edição definida (ICPC-2D)<sup>14</sup>, acondiciona todas as perturbações somatoformes numa única rubrica (P75-Somatização) que inclui os distúrbios de conversão que não fazem parte da categoria F45 (da CID10) mas antes das Perturbações Dissociativas (conversão) (F44).

A ICPC-2D, nos critérios de inclusão na rubrica P75, define somatização como:

*“uma preocupação com a apresentação repetida de sintomas e queixas físicas, assim como pedidos insistentes de exames médicos, apesar de vários resultados negativos e garantias por parte dos médicos. Este requer a apresentação ao médico de família de sintomas físicos múltiplos, recorrentes e sempre diferentes durante um período de pelo menos um ano”<sup>14(p114)</sup>.*

A Comissão Internacional de Classificações da WONCA (WICC – WONCA International Classification Committee) reconhecendo que “A definição de somatização na CID-10 (mínimo 2 anos) é demasiado rígida para ser usada na clínica geral”, reformula a definição de somatização:

*“A somatização é a apresentação repetida de sintomas físicos e de queixas sugestivas de distúrbios físicos não confirmados por resultados orgânicos visíveis ou mecanismos fisiológicos, e para os quais existe evidência positiva de ligação a fatores psicológicos, não sentindo o doente uma sensação de controlo na produção destes sintomas ao lidar com os fatores psicológicos”<sup>14(p114)</sup>.*

Acaba por mencionar uma regra de codificação deste tipo de problemas mais consentânea com a prática dos cuidados primários de saúde, ao propor que:

*Os sinais e sintomas físicos que incluam dor e sejam apresentados como se fossem devidos a perturbações físicas de um sistema/órgão sob controlo do sistema nervoso autónomo, ou que consistam numa dor contínua e incómoda/grave não explicável por perturbações/processos*

*psicológicos, são codificados como um diagnóstico de sinais/sintomas representativos da vertente física e, se possível, com um código que represente o problema emocional ou psicológico com o qual está associado”<sup>14(p114)</sup>.*

**Quadro II. Classificação das perturbações somatoformes (segundo a CID-10<sup>13</sup>)**

<b>Perturbação</b>	<b>Crítérios</b>
Somatização (F45.0)	Sintomas físicos múltiplos, recorrentes, frequentemente variáveis e com duração superior a 2 anos. A maioria dos doentes tem uma história longa e complicada de contactos com os serviços de saúde médicos primários e especializados, durante os quais foram realizadas muitas investigações negativas ou inúteis intervenções cirúrgicas. Os sintomas podem ser referidos a qualquer parte ou sistema do corpo. A perturbação é crónica e flutuante e, frequentemente, acompanhada com disrupção do comportamento social, interpessoal e familiar.
Somatoforme indiferenciada (F45.1)	As queixas somatoformes são múltiplas, variadas e persistentes, mas não preenchem o quadro clínico de perturbação de somatização, de modo completo e típico,
Hipocondríaca (F45.2)	Preocupação persistente com a possibilidade de ter uma ou mais perturbações físicas progressivas e graves. O doente manifesta queixas somáticas ou uma preocupação com a sua aparência física. Sensações e aparências normais e comuns são interpretadas pelos doentes como anormais e a atenção é focada em apenas um ou dois órgãos ou sistemas corporais. Frequentemente, estão presentes depressão e ansiedade marcadas que podem justificar diagnósticos adicionais.
Disfunção autonómica disfuncional (F45.3)	Os sintomas são apresentados pelo doente como se fossem devidos a uma perturbação física de um órgão ou sistema que está, larga ou completamente, sob o controlo e enervação autonómica, i.e., sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório ou urogenital. Os sintomas são geralmente de dois tipos, nenhum dos quais indicia uma perturbação física relativa a órgão ou sistema. Primeiro, há queixas baseadas em sinais objetivos de alerta autonómico, tais como palpitações, sudorese, rubor, tremor e expressão de medo e angústia acerca da possibilidade de uma perturbação física. Segundo, existem queixas subjetivas de natureza inespecífica e variável tais como sofrimento e dores, sensação de queimadura, peso, aperto, inchaço ou distensão referidas pelo doente a um órgão ou sistema específico.
Dor somatoforme persistente (F45.4)	A queixa predominante é de dor persistente, grave e angustiante, que não pode ser explicada por um processo fisiológico ou uma perturbação física, e que ocorre em associação com conflito emocional ou problemas psicossociais que não são suficientes para permitir a conclusão de que eles são os principais fatores causais. O resultado é geralmente um aumento acentuado de apoio e atenção pessoais ou médicos.
Outras Perturbações somatoformes (F45.8)	Qualquer perturbação da sensação, da função ou do comportamento, não devidas a perturbações físicas, que não sejam mediadas pelo sistema nervoso autónomo, limitado a partes do corpos ou sistemas específicos, e que estão intimamente associados no tempo com eventos ou problemas significativos.
Somatoforme, não especificada (F45.9)	Perturbação psicossomática não especificada.

Ou seja, os sintomas devem ser codificados recorrendo a rubricas do componente 1, independentemente da codificação do eventual problema emocional ou psicológico que a eles, de algum modo, se associe.



No entanto, esta é uma regra pouco clara e nada conhecida dos clínicos o que impossibilita a análise dos sintomas somatoformes nos cuidados de saúde primários e, sobretudo, na perspetiva destes.

Alguns autores preferem a designação de MUPS (*Medically Unexplained Physical Symptoms*), porque a utilização, ao longo dos anos, do termo somatização têm sido confusa, como o demonstra, por exemplo, a designação depressão somatizada, que se refere aos sintomas físicos associados a depressão<sup>15</sup> ou a definição de somatização de Bridges e Goldberg<sup>16</sup>. O que está em questão nos MUPS e nas perturbações somatoformes, apesar da confusão, são os sintomas físicos para os quais não se encontra doença explicativa de natureza orgânica ou mental.

Melville<sup>17</sup> terá sido o primeiro a usar a designação MUPS para significar os sintomas físicos cuja causa não pode ser determinada à luz da biomedicina: *“sintomas físicos não explicados são os que não se associam a uma doença validada, ou os sintomas para os quais não se pode estabelecer com confiança um mecanismo patológico”*.<sup>i</sup> Ao tempo desta definição, estava em utilização a DSM-III, e apesar de já incluir a secção de Perturbações Somatoformes, dirigida à sintomatologia física, continuava a não ser possível incluir um número muito elevado de doentes dos cuidados de saúde primários que não cumpriam os respetivos critérios: 14 de 27 sintomas para mulheres e 16 de 37 sintomas para homens.

Desde então, vários autores se têm debruçado sobre o tema propondo várias definições das quais destacamos:

1. Sintomas físicos que determinam no doente um comportamento de procura de cuidados de saúde e, após apropriada investigação médica, permanecem sem explicação<sup>18,19</sup>.
2. Sintomas físicos para os quais não se consegue demonstrar a existência de patologia orgânica clara ou consistente, embora a disfunção do órgão possa fazer parte do sintoma<sup>20</sup>.

Smith *et al.*<sup>10</sup> verificaram, em doentes hiper-utilizadores de uma HMO (*health maintenance organization*), que apenas 23,3% correspondiam aos critérios da DSM-IV para perturbações somatoformes, ou seja, eram “DSM somatoformes-

---

<sup>i</sup> Tradução livre do autor.

positivos” e 76,7% eram “DSM somatoformes-negativos”. Contudo, quando consideraram as categorias de somatoforme indiferenciado e de somatoforme sem outra especificação, 85% dos doentes com sintomas não explicados medicamente (Medically Unexplained Symptoms / MUS) já se integravam nas perturbações somatoformes. Para além disso, os doentes DSM somatoformes-positivos tendiam a ser os mais graves e com sintomas com maior impacto na função mental e física. Já as perturbações DSM somatoformes-negativas apresentavam menores índices de gravidade e de interferência na funcionalidade física e mental, contudo, tinham maiores índices em comparação com a população normal. Nesta sequência, estes autores sugerem que os MUS são um contínuo que vai da somatização até ao normal: somatização >> outras perturbações somatoformes >> perturbações de somatização indiferenciada >> DSM somatoformes-negativas >> normal. Curiosamente no seu artigo original, Melville<sup>17</sup> apontava a hipótese da somatização ser o extremo de uma perturbação tipo somatização (*somatisation disorder-like*). Nesta sequência, Smith *et al.*<sup>10</sup> propõem para a DSM-V, a inclusão das novas síndromes MUS, como perturbação multissomatoforme. Smith e Dwamena<sup>21</sup> propõem para a classificação dos MUS as mesmas dimensões que são usadas para a depressão: gravidade, duração e comorbilidade. A gravidade com os graus normal ou ligeira, moderada e grave. A duração em subaguda e crónica.

Wesseley *et al.*<sup>22</sup>, partindo do postulado de que as diferentes síndromes somáticas específicas são um artefacto da especialização da medicina, propõem uma classificação para os sintomas somatoformes (que designa de sintomas somáticos funcionais) baseada em 4 eixos: 1) número de sintomas e duração; 2) perturbações de humor associadas; 3) atribuições do doente para os sintomas; e 4) processos fisiológicos identificáveis.

No entanto, todas estas designações para este tipo de sintomas, em nosso entender, pouco acrescentam aos critérios definidores de perturbação somatoforme, a não ser incluir, explicitamente, o critério de “*procura de cuidados de saúde*” que, contudo, está implícito na definição do DSM-IV: “os sintomas têm de causar mal-estar clinicamente significativo ou dificuldades no funcionamento, social, ocupacional ou noutras áreas (Critério C)”<sup>23(p491)</sup>.

A maioria dos MUPS, não incluídos na somatização, pode ser considerada na “perturbação somatoforme indiferenciada” e na “perturbação somatoforme, sem outra especificação”, da DSM-IV-R.

A designação de MUPS teve o mérito de chamar a atenção para um problema importante na saúde mas que tem sido desvalorizado, nos mais diversos aspetos: reconhecimento, diagnóstico, terapêutica e formação. O seu estudo teve um enorme impulso com o impacto dos sintomas apresentados pelos militares americanos, veteranos da Guerra do Golfo. O reconhecimento destes sintomas, para os quais não se encontrou qualquer diagnóstico orgânico ou mental, ficou conhecido como Síndrome da Guerra do Golfo, no entanto foram descritos em todas as guerras pelo que genericamente se podem designar de síndromes de guerra. As características sintomáticas da síndrome de guerra variam de guerra para guerra, resultantes das peculiaridades climáticas, culturais e até das políticas de compensação dos militares desmobilizados<sup>23</sup>.

Muitas têm sido as designações utilizadas para mencionar estes sintomas: somatização, sintomas de somatização, sintomas físicos medicamente inexplicados (*medically unexplained physical symptoms*), sintomas múltiplos medicamente inexplicados (*multiple medically unexplained symptoms*), síndromes sintomáticas persistentes (*persistent symptoms syndromes*), condições baseadas em sintomas (*symptom-based conditions*), e síndromes somáticas funcionais (*functional somatic syndromes*)<sup>1</sup>.

Outros autores reduzem toda a apresentação de sintomas físicos à designação genérica de somatização<sup>24-26</sup>.

O Grupo de Trabalho dos Sintomas Somáticos (*Somatic Symptom Disorders Work Group - SSDWG*)<sup>27</sup>, para a DSM-V, propõe a renomeação da categoria “Perturbações Somatoformes” da DSM-IV, para “Perturbações de Sintomas Somáticos” (*Somatic Symptom Disorders*) porque são condições que envolvem sintomas físicos e ou preocupações com condições médicas. Dentro do grupo das perturbações de sintomas somáticos, o SSDWG propõe que sejam incluídas as seguintes perturbações (que se definem nos Quadro III e IV):

1. Fatores psicológicos que afetam condições médicas (*Psychological factors affecting medical conditions*);
2. Perturbação de sintoma somático complexo (*Complex somatic symptom disorder*). O termo “complexo” denota os critérios para o diagnóstico:

sintomas persistentes que devem incluir sintomas somáticos (critério A) associados a distorções cognitivas (critério B)<sup>28</sup>.

3. Perturbação de sintoma somático simples, ou abreviada (*Simple, or abridged, somatic symptom disorder*);
4. Perturbação da dor de ansiedade ou hipocondria sem sintomas somáticos (*Illness anxiety disorder* ou *hypochondriasis without somatic symptoms*);
5. Perturbação neurológica funcional (*Functional neurological disorder*);
6. Perturbação factícia (*Factitious disorder*).
7. Pseudociese (*Pseudocyesis*).

**Quadro III. Perturbações de sintomas somáticos (proposta para DSM-V)<sup>i</sup>**

Perturbação	Critérios
Fatores psicológicos que afetam condições médicas	<p>Presença dos 2 critérios seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presença de uma condição médica geral (CMG).</li> <li>2. Presença de fatores psicológicos ou comportamentais que afetam adversamente a CMG pelo menos numa das seguintes formas: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Os fatores influenciam o curso da CMG demonstrado pela estreita associação temporal entre os fatores psicológicos e o desenvolvimento ou exacerbação, ou atraso na recuperação da CMG.</li> <li>b. Os fatores (e.g. má adesão) interferem com o tratamento da CMG.</li> <li>c. Os fatores constituem riscos adicionais, bem estabelecidos, para a saúde do indivíduo.</li> <li>d. Os fatores influenciam a patofisiologia de modo a precipitar ou exacerbar os sintomas, ou a exigir atenção médica.</li> </ol> </li> </ol>
Perturbação de sintoma somático complexo	<p>Presença dos 3 critérios seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sintomas somáticos. Um ou mais sintomas somáticos que são stressantes e ou provocam disrupção significativa da vida diária.</li> <li>2. Excessivos pensamentos, sentimentos e comportamentos relacionados com estes sintomas somáticos ou associados a preocupações com a saúde. Exige o cumprimento de, pelo menos, 2 dos 3 subcritérios seguintes: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Preocupação desproporcionada e persistente acerca da gravidade de um dos sintomas.</li> <li>b. Nível elevado de ansiedade relacionada com a saúde.</li> <li>c. Dedicção de tempo e energia em excesso aos sintomas ou a preocupações com a saúde.</li> </ol> </li> <li>3. Crónico. Ainda que qualquer sintoma não esteja continuamente presente, o estado de sintomático é crónico (mais de 6 meses).</li> </ol>

(Adaptado do Grupo das Perturbações de Sintomas Somáticos na DSM-V<sup>27</sup>)

<sup>i</sup> O relatório consultado estava datado como "DRAFT, April 18, 2011".

**Quadro IV** (cont.). *Perturbações de sintomas somáticos (proposta para DSM-V)*

<b>Perturbação</b>	<b>Crítérios</b>
Perturbação de sintoma somático simples, ou abreviada	Crítérios iguais aos anteriores, mas o critério 3 (duração) exige apenas 1 mês.
Perturbação de ansiedade ou hipocondria sem sintomas somáticos	Exige a presença dos 6 critérios seguintes: 1. Não estão presentes sintomas somáticos ou, estando presentes, são de intensidade moderada. 2. Medo de ter ou de contrair doença grave. Se existir uma CMG ou elevado risco de a contrair, a preocupação é claramente excessiva ou desproporcionada. As preocupações não se relacionam com qualquer sobrecarga física mas antes com a suspeita de diagnóstico médico. 3. Níveis elevados de ansiedade relacionados com a saúde ou de ter ou adquirir uma doença grave. Têm baixos limiares para se considerarem doentes e baixos limiares para se alarmarem com a sua saúde. 4. A pessoa tem comportamentos excessivos, ou mal adaptativos evitantes. 5. Embora a preocupação possa não estar continuamente presente o estado de preocupado é crónico (mais de 6 meses). 6. A preocupação relacionada com a doença não é melhor classificada com outros sintomas de outras perturbações mentais, tais como perturbação de sintoma somático complexo, perturbação de pânico, perturbação de ansiedade generalizada ou perturbação obsessivo-compulsiva.
Perturbação neurológica funcional	Exige a presença dos 4 critérios seguintes: 1. Um ou mais sintomas neurológicos tais como alterações da função sensitiva, ou motora voluntária, ou episódios tipo convulsão. 2. O sintoma, após avaliação médica adequada, não foi atribuído a uma CMG, a efeitos diretos de substâncias ou a comportamento culturalmente sancionado. 3. Os sinais físicos ou os diagnósticos encontrados são internamente inconsistentes ou incongruentes com uma perturbação neurológica conhecida. 4. Os sintomas provocam tensão clinicamente significativa ou incapacidade social, ocupacional, ou outras áreas importantes do funcionamento ou exige avaliação médica.
Perturbação factícia	Exige a presença dos 4 critérios seguintes: 1. Um padrão de falsificação de sintomas ou sinais físicos ou psicológicos, ou a indução de lesão ou doença, associado com enganos identificados. 2. Um padrão de apresentação aos outros como doente ou incapacitado. 3. O comportamento é evidente na ausência de recompensa externa óbvia. 4. O comportamento não é melhor classificado noutra perturbação mental tal como delírios ou psicoses agudas.
Pseudociese	Falsa crença de estar grávida associada a sinais objetivos de gravidez. Embora possa ter alterações endócrinas a síndrome não pode ser explicada por condição médica geral que provoque alterações endócrinas.

(Adaptado do Grupo das Perturbações de Sintomas Somáticos na DSM-V<sup>27</sup>)

Esta classificação parece ser aplicável igualmente à população adolescente<sup>29</sup> e reunir considerável consenso<sup>30</sup>. Segundo esta proposta de classificação, a perturbação dismórfica corporal passa a estar integrada nas perturbações da

ansiedade ou integrada na perturbação dos sintomas físicos complexos, dependendo tal decisão da opinião do Grupo das Perturbações da Ansiedade<sup>28</sup>.

Esperemos que esta proposta traga alguma ordem neste caos de classificações, embora mantenhamos algum receio dado que a classificação DSM não incorpora a sensibilidade da medicina geral e familiar mas apenas a da psiquiatria e, apesar das presentes propostas se basearem em trabalhos realizados nos cuidados primários, mantém-se o óbice de a DSM procurar, essencialmente, responder às necessidades da psiquiatria. Para além disso, esta classificação não contraria o dualismo mente-corpo e a simplificação dos critérios pode causar uma inflação de diagnósticos, com todas as consequências de rotular um maior número de sujeitos com dorência como sendo portadores de doença mental<sup>31</sup>.

## **Prevalência**

### ***Dos sintomas físicos***

Burton<sup>20</sup>, ao fazer uma revisão da literatura e comparação qualitativa da informação sobre os sintomas físicos, concluiu que os estudos para estimarem a prevalência dos doentes com sintomas físicos e sem doença orgânica podem ser classificados em 2 grupos: os que se baseiam nos motivos de consulta e os que recorrem a instrumentos que medem os níveis de somatização na população. Com a metodologia dos primeiros encontrou prevalências de 15% a 39%. Com a segunda metodologia a prevalência encontrada variou de 16 a 59%, tendo-se verificado um aumento da associação a doença psiquiátrica à medida que aumenta o número de sintomas, sendo esta associação de 20%, se apresentar apenas um sintoma, até 80%, se apresentar mais de dez sintomas.

Nos anos 1946-47, Stocks<sup>32</sup>, em Inglaterra e País de Gales, encontrou valores de incidência mensal de sintomas físicos de 68%, com predomínio nas mulheres (71,3%) em comparação com os homens (61,9%). Inspirado neste estudo White *et al.*<sup>33,34</sup> em 1961, aplicaram metodologia semelhante nos Estados Unidos e verificaram que 75% da população tinha pelo menos um sintoma por mês e 25% procurava os cuidados médicos. Estudo semelhante, realizado em 1996, já encontrou valores de 80% e de 32,7%, respetivamente,



embora neste caso tenha sido considerado o recurso a medicina alopática, para a qual encontraram valores de 0,65%<sup>35</sup>.

Peveler *et al.*<sup>36</sup>, num estudo que procurava avaliar a capacidade dos clínicos gerais para identificarem os MUPS, utilizaram questionários de autopreenchimento e encontraram sintomas não explicáveis fisicamente em 35% dos doentes, dos quais 5% correspondiam a perturbações de somatização. No entanto, segundo a opinião dos médicos, apenas 19% dos doentes tinham tais sintomas.

Num estudo de 685 doentes de medicina familiar, usando SSI-4/6 (*Somatic Symptom Index*), foi encontrada uma prevalência de somatização de 26,3%, distinguindo-se três tipos: 1) somatização funcional, caracterizada pela ausência de hipocondria ou perturbações psiquiátricas, com uma prevalência de 16,6%; 2) somatização de apresentação, caracterizada pela perturbação psiquiátrica com apresentação clínica predominante ou exclusivamente na forma somática, mais frequentemente depressão e ansiedade, com prevalência de 8%; e somatização com hipocondria, com prevalência de 7,7%<sup>25</sup>.

No Reino Unido, num estudo com o objetivo de quantificar a frequência de doentes com MUPS nos hiper-utilizadores (definidos como tendo um número de consultas superiores ao percentil 95, em cada grupo etário) da consulta externa hospitalar, verificou-se uma prevalência de 27% nos doentes hiper-utilizadores e em 21% dos episódios. Os sintomas mais frequentes foram dores abdominais, dores torácicas, cefaleias e lombalgias<sup>37</sup>.

Conforme se constata no Quadro V, a disparidade é muito diversa pela dificuldade em uniformizar a definição de sintomas somatoformes ou de MUPS, como o demonstra a grande variedade de instrumentos de avaliação usada. Para além disso, os métodos de amostragem são dos mais variados.

As populações de estudo também são muito diferentes entre si em termos biomédicos, de contextos culturais e de sistemas de saúde. Mesmo as culturas médicas são múltiplas, o que determina atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde diferentes na confirmação e na abordagem dos doentes com sintomas somatoformes. Estudos com diários de sintomas mostram que, em média, cada pessoa desenvolve um novo sintoma físico a cada cinco ou

**Quadro V. Estudos sobre prevalência de sintomas somatoformes**

Ano	Autores	Prevalências	Metodologia
<b>Inquéritos à população</b>			
1946 /1950	Stocks (Inglaterra e País de Gales) <sup>32</sup>	68%	Sondagem sobre sentir-se doente ou doente
1957	White et al. <sup>33,34</sup> (EUA)	75%	idem
1993	Kroenke K e Price RK <sup>38</sup>	84%	Aplicaram <i>Diagnostic Interview Schedule</i> , com 26 sintomas.
1996	Green LA et al. <sup>35</sup> (EUA)	80%	Sondagem telefónica sobre desconforto, doença ou lesão no mês.
2005	Hessel A et al. <sup>39</sup> (Alemanha)	30,2% lombalgias 25,1% artralguas 19,9% dores nos membros	Estudo para avaliar a prevalência de dores somatoformes. Usou SOMS-2 em entrevista.
<b>Inquéritos à entrada na consulta em Cuidados Primários</b>			
1990	Kroenke K et al. <sup>40</sup>	65,9% com 2 ou mais sintomas 33% fadiga 32% lombalgia	Aplicaram lista de 16 sintomas em doentes que foram à consulta.
1997	Peveler R et al. <sup>36</sup> (Reino Unido)	35%	Aplicou questionários de auto-preenchimento 2 dias antes da consulta de clínica geral.
1999	Fink P et al. <sup>41</sup> (Dinamarca)	60,6%	Aplicaram a <i>Hopkins Symptom Checklist</i> a 191 doentes que foram à consulta de Clínica Geral.
2008	Fabião C et al. <sup>42</sup> (Portugal)	79,5% com pelo menos 1 SS 32,8% com dores de cabeça	Aplicado SOMS-2, durante 2 dias, a utentes que foram ao centro de saúde.
2011	Steinbrecher N et al. <sup>43</sup> (Alemanha)	64%	Aplicaram PHQ-15 a 620 doentes que foram à consulta.
<b>Identificadas como o principal motivo de consulta (em Cuidados Primários)</b>			
1991	Mumford DB et al. <sup>44</sup> (Reino Unido)	10%	Identificados como principais motivos de consulta pelos CGs.
1996	Scicchitano J et al. <sup>45</sup> (Austrália)	27%	Análise de consultas agendadas.
1997	Peveler R et al. <sup>36</sup> (Reino Unido)	19%	Registados pelos CGs como o principal motivo de consulta.
1997	Pilowsky et al. <sup>46</sup> (Austrália)	39%	Análise de consultas agendadas.
1988	Palsson N <sup>47</sup> (Suécia)	16%	Amostra de 78 doentes de clínica geral.
<b>Identificadas como o principal motivo de consulta (em Cuidados Hospitalares )</b>			
1989	Kroenke K, Mangelsdorff AD <sup>48</sup>	22%	Dos doentes seguidos durante 1 ano na consulta externa de Medicina Interna
2001	Reid S et al. <sup>37</sup> (Reino Unido)	27% dos hiperutilizadores	Consulta externa hospitalar. Hiperutilizador com total de consultas acima do percentil 95
2009	Li CT et al. <sup>49</sup> (Formosa)	9,5%	Consulta de Psiquiatria de ligação

sete dias, a maioria dos quais não resulta em consulta (Hungin *apud* Williams et al.<sup>50</sup>). O que parece adquirido é que os sintomas somatoformes são muito



prevalentes na população em geral, que apenas uma pequena parte procura os cuidados médicos mas que, ainda assim, constituem uma proporção significativa dos motivos de consulta na prática clínica diária<sup>51</sup>.

Smith *et al.*<sup>52</sup>, num estudo com hiperutilizadores (definidos como tendo mais de 8 consultas nos últimos dois anos), encontraram 62,3% doentes com predomínio de MUPS e, por sua vez, consideraram dois subgrupos a que chamaram “com somatização”<sup>i</sup> e “com dorência aguda menor” (*Minor Acute Illness – MAI*). Os doentes com somatização, durante o ano de observação, tinham mais de 25% dos motivos de consulta do tipo de doença não orgânica documentada com exames complementares de diagnóstico adequados (v.g. TAC, RNM, etc.). Os doentes com dorência aguda menor foram definidos como tendo mais de 75% dos motivos de consulta não documentados, sugerindo que seriam situações com evolução e carácter menor dos sintomas, o que permite crer não estar em causa qualquer doença orgânica. Dentro dos doentes com predomínio de MUPS, 60,2% tinham somatização e 39,8% foram classificados como de dorência aguda menor.

Dos doentes com sintomas somatoformes, os que procuram os serviços de saúde têm uma maior probabilidade de terem sofrido um acontecimento psicossocial marcante<sup>38</sup>. Outros autores, recorrendo a estudo retrospectivo longitudinal, com um período de observação de 10 anos, calculam uma incidência para os sintomas somatoformes de 3,5 por 1000 habitantes por ano e uma prevalência de 68,8 por 1000 habitantes por ano<sup>7</sup>. Estes doentes, quando comparados com a população em geral, têm mais co-morbilidade psiquiátrica<sup>4,20,53</sup>, consultas no ano<sup>54,55</sup>, referências a psiquiatria, testes de diagnóstico, medicação somática e psiquiátrica<sup>56,57</sup>. Apenas os internamentos não diferiam do grupo controlo. Para além disso, mais de 50% dos doentes com sintomas somáticos funcionais apresentavam 3 ou mais episódios antes de lhes ser colocado o diagnóstico de síndrome funcional crónico.

Jackson e Passamonti<sup>58</sup> seguiram 500 doentes com sintomas somatoformes durante 5 anos e verificaram a evolução descrita no Quadro VI. À entrada no estudo 8,4% dos doentes com sintomas somatoformes apresentavam quadro depressivo. No entanto, para outros autores<sup>59</sup>, 2/3 dos doentes com depressão

---

<sup>i</sup> Este conceito de somatização embora se aproxime da definição da DSM-IV não é sobreponível à mesma.

apresentam-se nos cuidados de saúde primários com sintomas somáticos sendo as dores e a fadiga os que mais lhe estão associados.

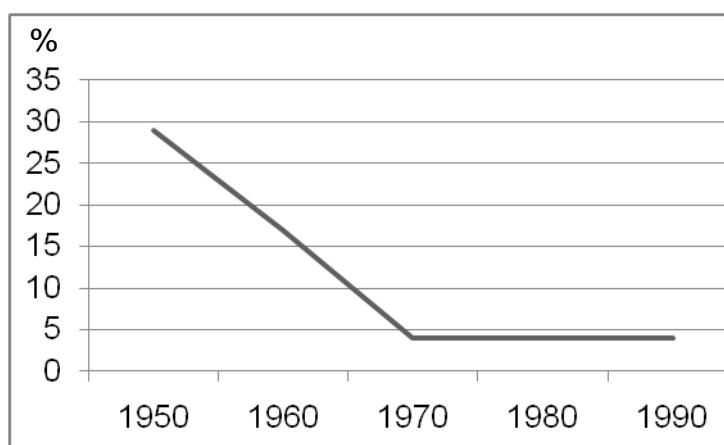
**Quadro VI. Evolução dos Sintomas Somatoformes.**

<b>Evolução</b>	<b>2 semanas (%)</b>	<b>3 meses (%)</b>	<b>5 anos (%)</b>
Agravados	8	8	9
Sem alteração	21	12	10
Melhorados	52	43	81
Remissão total	18	37	56
Recidiva	-	27	n/a

(Adaptado de Jackson e Passmonti<sup>58</sup>)

Ao lidar com doentes com sintomas somatoformes, o receio de cometer um erro de tipo II, ou seja de não diagnosticar uma doença quando ela existe, está omnipresente.

A existência de múltiplos diagnósticos no passado, particularmente se não confirmados, é fortemente sugestiva de perturbação somatoforme<sup>60</sup>. Os sintomas somatoformes devem ser entendidos como um indicador para excluir perturbações psiquiátricas<sup>61</sup>. A identificação pelos médicos de família de doentes com somatização, através de indícios, é idêntica à obtida com o recurso a instrumentos padronizados de diagnóstico<sup>62</sup>. Stone *et al.*<sup>63</sup> numa revisão sistemática dos sintomas de conversão (paralisias, convulsões e cegueira) encontraram uma progressiva redução do número de erros até aos anos 70 para desde então estabilizar nos 4%.



**Figura 2. Evolução dos erros de diagnóstico nos sintomas neurológicos**  
(adaptado de Stone *et al.*<sup>63</sup>)

Quanto à distribuição dos sintomas somatoformes por género, a totalidade dos estudos refere um predomínio do feminino<sup>54</sup>. Esta diferença persiste mesmo após a retirada dos sintomas ginecológicos. A única exceção a esta regra é na hipocondria onde não há predomínio de género<sup>64</sup>.

### ***Das perturbações somatoformes***

Os doentes com perturbação somatoforme estão presentes em todas as especialidades, no entanto, é na Clínica Geral que se encontram com maior frequência<sup>3</sup>. Contudo, a maioria dos artigos publicados relacionados com perturbações somatoformes foram realizados no âmbito da psiquiatria sucedendo-se, em muito menor número, a neurologia, gastroenterologia, ginecologia, cardiologia, reumatologia, otorrinolaringologia e dermatologia<sup>65</sup>.

Na medição da prevalência das perturbações somatoformes em populações podemos identificar dois tipos de estudos: os que utilizam amostras colhidas na população residente e os que usam amostras de conveniência formadas por sujeitos que, por qualquer motivo, recorreram a um determinado serviço de saúde. Um dos primeiros estudos sobre a prevalência das perturbações somatoformes foi realizado numa amostra aleatória da população de Florença, em 1990, e consistiu na entrevista aos sujeitos selecionados, pelos respetivos clínicos gerais. Encontraram prevalências de 0,7% de perturbações dismórficas, 4,5% com hipocondria, 0,6% com perturbação da dor somatoforme, 0,3% com conversão, 0,7% com somatização e 13,8% com perturbação somatoforme indiferenciada. Neste estudo foram usados os critérios da DSM III-R, o que dificulta a sua comparação com estudos subsequentes. Contudo, embora a amostra seja relativamente pequena (673), já evidencia a insuficiência na classificação das perturbações somatoformes, por quanto a rubrica “fundo-de-saco” é significativamente maioritária.<sup>66</sup>

Considerando os critérios mínimos da perturbação somatoforme abreviada (3 ou mais sintomas físicos não explicáveis e uma história de sintomas físicos<sup>67</sup>), a prevalência das perturbações somatoformes em cuidados de saúde primários, parece estar entre os 19 e 24%<sup>54</sup>.

Contudo, na população portuguesa, Fabião<sup>68</sup> no seu estudo de validação da SOMS-2 para Portugal, encontrou uma prevalência de 34,1% da somatização clínica, definida como tendo 5 ou mais sintomas da R-SOMS-2. Este estudo foi

realizado no contexto dos cuidados primários e o elevado valor encontrado pode ser devido a fatores contextuais e metodológicos, mas também pode traduzir, de facto, uma elevada prevalência de sintomas somatoformes na população portuguesa.

A existência de diferentes classificações aumenta a confusão conforme o demonstra o trabalho de Lynch *et al.*<sup>67</sup> que encontrou, na sua população de estudo, prevalências desde 0,8% para a perturbação de somatização, segundo os critérios da DSM-IV, até 79% para a perturbação somatoforme indiferenciada (um sintoma físico não explicado por mais de seis meses).

### **Etiopatogenia**

A explicação fisiopatológica dos sintomas somatoformes assenta no modelo biopsicossocial e no reconhecimento da complexidade dos fenómenos da saúde e da doença, em que os fatores psicossociais, cognitivos e contextuais são determinantes para a vivência dos sintomas<sup>69</sup>.

Pilowsky<sup>70</sup> definiu o comportamento anormal de doença<sup>i</sup> (*abnormal illness behavior*) como:

*“persistência de um modo desadaptado de experienciar, perceber, avaliar e responder ao estado de saúde próprio, apesar de um médico fornecer informação lúcida e acurada da situação, bem como plano de tratamento (se houver) baseado na avaliação adequada de todos os fatores biológicos, psicológicos e sociais relevantes, com oportunidades de discussão, negociação e clarificação.”<sup>ii</sup>*

Em termos mais operativos o comportamento anormal de doença, caracteriza-se por hiper-utilização da consulta, queixas somáticas múltiplas e incapacidade desproporcionada para os sinais físicos apresentados. Este comportamento pode ser adquirido durante a infância, em que a criança aprende através da

---

<sup>i</sup> Embora alguns autores traduzam como “comportamento anormal de doença”, opta-se pela designação de “comportamento anormal de doença”, dado estar em causa um comportamento determinado pela doença e não pela doença.

<sup>ii</sup> No original: “*the persistence of maladaptive mode of experiencing, perceiving, evaluating, and responding to one's own health status, despite the fact that a doctor has provided a lucid and accurate appraisal of the situation and management to be followed (if any), with opportunities for discussion, negotiation, and clarification, based on adequate assessment of all relevant biological, psychological, social, and cultural factors.*”

imitação, mas também pode ser um comportamento desenvolvido na adversidade gerada, por exemplo, por separações precoces ou internamentos. Segundo a teoria da vinculação de John Bowlby e Mary Ainsworth, cada indivíduo internaliza as primeiras experiências vividas com os seus cuidadores, formando esquemas cognitivos relacionais e perenes que influenciam, no futuro como adulto, a forma como percebe os outros (confiáveis ou não confiáveis), como se relacionam com eles e como se vê a si próprio (confiável ou não confiável). Estes esquemas cognitivos ou “modelos internos operantes” determinam os estilos de vinculação com os outros, nomeadamente nas relações com os serviços de saúde. Utilizando este modelo numa amostra de mulheres que recorriam a uma clínica, Ciechanowski *et al.*<sup>71</sup> verificaram que os estilos de vinculação segura, apresentavam muito menos sintomas que os restantes, indiciando que o comportamento menos diligente por parte dos cuidadores na infância se associava à maior probabilidade de referir sintomas somatoformes<sup>72</sup> e ansiedade<sup>73</sup> na adultícia. Citando Schore, Mota-Cardoso<sup>74</sup> salienta,

*“Os pais (ou os que desempenham as funções de pais) são os arquitectos do desenvolvimento cerebral, geneticamente programado e experiêncio-dependente. O estabelecimento de sinapses é modulado geneticamente, mas a sua organização, manutenção e plasticidade é determinada pelo meio. A disfunção também pode resultar da interação.”*

A criança aprende a ver o mundo através dos olhos dos pais e essa visão é determinante para organizar os seus próprios estados mentais. O estabelecimento de circuitos neuronais faz-se com a vinculação (ou ausência dela) e determina comportamentos que tendem a repetir-se, sobretudo em situações de stress<sup>74</sup>. Parafraseando o mesmo autor, diremos que os sintomas somatoformes também podem resultar da interação.

Doentes com síndrome de cólon irritável em comparação com a população saudável ou com úlcera péptica, referem que os pais lhes davam mais atenção na infância quando estavam doentes (recebiam mais prendas ou alimentos especiais), parecendo haver a instalação de um comportamento, reforçado por um ganho secundário<sup>75</sup>. Os mesmos doentes com síndrome de cólon irritável, em comparação com a população em geral, apresentavam mais queixas somáticas, viam os seus sintomas de constipação ou de gripe como mais graves e procuravam mais frequentemente o médico por queixas menores<sup>75</sup>.

Os filhos de mães com síndrome de cólon irritável, quando comparados com os filhos de mães saudáveis, têm mais dores de estômago, sintomas gastrointestinais, idas à consulta e faltas à escola<sup>76</sup>. Os doentes com síndrome de cólon irritável em comparação com doentes com asma, tromboflebite, artrite, neoplasia do cólon e saudáveis, estimam maiores riscos de vida e acreditam que são mais suscetíveis à doença<sup>77</sup>.

Vários estudos apontam para limiares de percepção de sensações mais baixos nas mulheres que nos homens<sup>78,79</sup>. Pennebaker e Roberts (*apud* Wool e Barsky<sup>63</sup>) fizeram estudos em que doentes diabéticos eram convidados a estimar os seus níveis de glicemia manipulados experimentalmente. No laboratório, as estimativas eram bastante consistentes não havendo diferenças entre sexo feminino e masculino. No entanto, quando se repete a experiência no ambiente natural dos sujeitos em observação, verifica-se que na mulher os resultados são muito menos fidedignos e com maior variabilidade que nos homens. O mesmo fenómeno se repete quando, em vez da glicemia, se estuda a tensão arterial, a frequência cardíaca ou a motilidade gástrica. Os autores concluem que a percepção visceral no homem tende a ser mais consistente, independentemente das circunstâncias, enquanto a mulher é muito mais sensível ao ambiente externo, ou seja, as sensações viscerais na mulher tendem a ser modificadas por fatores ambientais e nos homens são mais independentes das circunstâncias e do momento<sup>78</sup>.

Estudos experimentais, que consistiram no aumento de dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>) sanguíneo seguido de apresentação de uma lista de sintomas para os sujeitos mencionarem os que percecionavam, revelou que os doentes que habitualmente referiam mais sintomas também, nestas circunstâncias experimentais, assinalavam mais sintomas em comparação com os saudáveis<sup>80,81</sup>. Para além disso, após a distensão rectal os sintomas são mais persistentes nos doentes com síndrome de cólon irritável (SCI) que nos controlos e a RNM funcional mostra, nestas circunstâncias, maior atividade do córtex pré-frontal nos doentes com SCI.

Os fatores relacionados com a perturbação do sistema nervoso autónomo e do eixo hipotálamo-hipofisário-adrenal podem explicar, pelo menos parcialmente, a dor da fibromialgia e a dor em geral<sup>82</sup>. Estudos baseados na medição da pressão de CO<sub>2</sub> e da frequência cardíaca concluíram que as queixas somáticas

têm dois componentes: psicológico, não relacionado com os fatores fisiológicos; e fisiológico que reflete, pelo menos parcialmente, as percepções genuínas da atividade fisiológica dos sujeitos.

Para Melzack e Wall (*apud* Biro<sup>83</sup>) os fatores psicológicos (a cultura, as experiências do passado, os estados cognitivos e emocionais e o contexto da dor) podem intensificar ou embotar o sinal do nociceptor antes de atingir os níveis centrais. Então a queixa envolve sempre os dois componentes, embora pareça que o componente psicológico tem maior peso.<sup>84</sup>

Assim, perante um quadro sintomático, supõe-se que se dá uma ativação dos esquemas mentais que condicionam uma resposta enviesada nos doentes “muito queixosos” que, por sua vez, provoca uma redução da acuidade interoceptiva<sup>85</sup>. Subsiste a dúvida se estamos a lidar com sintomas “fantasma” ou ilusões somatoviscerais nas quais as representações nos centros nervosos são ativadas por estímulos contextuais sem que exista, no momento, um envolvimento da fisiologia periférica<sup>80</sup>.

Bakal *et al.*<sup>86</sup> apresentam uma teoria interessante que consiste em considerar que o tecido conjuntivo constitui uma rede mecano-sensitiva, fornecendo retro-informação dos grandes componentes fisiológicos de todo o organismo que contribui para a interocepção, emoções e sentimentos. O envolvimento do tecido conjuntivo pode explicar a co-ocorrência de múltiplos sintomas somatoformes como dor, fadiga, cefaleias, insónia, ansiedade e depressão. Segundo estes autores, as influências psicológicas são vistas como sendo de natureza psicobiológica e não como fenómeno mental. O corpo é visto como o mediador entre a experiência mental e o impacto do trauma, da emoção ou do stress. Independentemente da validade desta teoria, é possível que a sua maior utilidade seja facilitar a aceitação dos sintomas pelo doente. Por exemplo, uma pessoa que tenha sofrido na infância um trauma ou uma vinculação insegura. As pessoas tendem a pensar que tudo foi esquecido e que segue “em frente”, tudo fica apagado, mas o corpo mantém-se hipervigilante e continua a influenciar e a ser influenciado pelos sentimentos e pelas interações interpessoais presentes. Aqui o corpo é a “mente inconsciente”. Assim, uma pessoa que tenha sido maltratada em pequena por um pai alcoólico, 40 anos depois, quando está com um cônjuge embriagado, tem tendência a sentir o mesmo sintoma, por exemplo aperto no peito.



As alterações somáticas, que acompanham os pensamentos ou as emoções, acontecem fora da consciência e usam a consciência somática. Nestas circunstâncias aquilo que seria um doente impossível de ajudar (*heartsink*) passa a ser um doente que sente profundamente (*heartfelt*) e suscetível de ajuda<sup>86</sup>.

A amplificação somatossensorial (ou simplesmente amplificação) é a tendência para considerar as sensações físicas como perturbantes, porque percecionadas como intensas ou desagradáveis, e inclui a tendência para as considerar como anormais ou patológicas. O processo de amplificação somatossensorial compõe-se de:

- Hipervigilância, definida como a tendência para se focar nas sensações somáticas e dar excessiva atenção às sensações especialmente desagradáveis;
- Focagem seletiva, entendida como a tendência para destacar as sensações menos frequentes, fracas ou pouco habituais;
- Má interpretação (*mislabeled*), ou seja, a tendência para considerar a sensação física como anormal e indício de doença<sup>79,87</sup>.

O fenómeno de amplificação somatossensorial é idêntico nos dois sexos e não reflete a hipersensibilidade das sensações somáticas<sup>88,89</sup>. Provavelmente, os sujeitos que identificam com consistência a frequência cardíaca, reconhecem as suas sensações como processos fisiológicos normais e por isso não os amplificam. O contrário acontece com os menos capazes de identificar o seu ritmo cardíaco<sup>79</sup>.

A amplificação somatossensorial está associada a maior dificuldade em identificar e em descrever os sentimentos que, por sua vez, parece facilitar a presença de sintomas somatoformes<sup>90</sup>. Este *handicap* constitui uma das dimensões da alexitimia, definida como contração relativa da função emocional, vida pobre de fantasia, e incapacidade de encontrar palavras para descrever as suas emoções<sup>91</sup>. Os indivíduos com maiores dificuldades em distinguir o despertar dos componentes fisiológicos das emoções e os estados emocionais conscientes, tendem a concentrar a sua atenção nas sensações físicas e interpretá-las como sinais de patologia<sup>92</sup>. Contudo, alguns autores não encontraram associação entre a alexitimia e os sintomas somatoformes<sup>93,94</sup>, o que pode ser consequência de a correlação só se verificar com a dimensão DIF



(dificuldade em identificar sentimentos e de os distinguir dos seus sintomas físicos) da escala de alexitimia de Toronto, com 20 itens (TAS-20)<sup>90,95</sup>. De qualquer modo, a alexitimia parece ser mais importante na depressão e no comportamento agressivo do sexo masculino<sup>96</sup>. Os doentes com sintomas somáticos inespecíficos tem maior tensão emocional, expressa como redução do bem-estar emocional (medida com a MOS-SF 36), quando comparados com a população normal<sup>97</sup>, evidenciando que os sintomas somatoformes podem ser a expressão física de estados emocionais.

Outros autores<sup>98</sup> destacam a importância das expectativas, da memória e do pensamento catastrófico dos doentes, ao verificarem que a indução experimental de medo de doença conduz à maior frequência de relato de sintomas. Aqui os *mass media* podem ter um papel significativo para o desenvolvimento da ideia de catástrofe. Dados experimentais<sup>99</sup>, demonstraram que o facto de despertar para os problemas de poluição ambiental, através da publicação de avisos sobre a poluição química, facilita o surgimento de sintomas físicos percebidos como ameaçadores para a saúde. A população submetida ao mesmo ambiente, mas sem sensibilização prévia para a poluição química, não refere qualquer modificação sintomática.

Um inquérito a 3611 holandeses, selecionados com base na residência, mostrou não haver relação entre a exposição real a fontes emissoras de campos eletromagnéticos (antenas emissoras e cabos de alta tensão) e a referência de sintomas físicos inespecíficos, no entanto, verificou-se que estes sintomas aumentavam significativamente com a percepção de proximidade daquelas fontes e com os comportamentos de evitação dos sujeitos inquiridos<sup>100</sup>. Para além disso, é conhecido que o pensamento de catástrofe associa-se a sintomas como a dor, a incapacidade e o stress<sup>101</sup>.

As diferenças, entre o género feminino e masculino, dos papéis sociais e das expectativas de comportamento perante a dor podem favorecer a maior procura de cuidados de saúde por parte da mulher. Neste caso a maior aceitabilidade, na sociedade, do papel de doente na mulher devido ao estereótipo de que a mulher é mais delicada, frágil<sup>102</sup> e cuidadora que o homem<sup>103</sup> pode favorecer a procura de cuidados. Para além disso, a maior frequência de abusos na infância bem como de outras situações de elevada tensão<sup>65,104-106</sup> que, por sua vez, podem induzir estados de hipervigilância dos

sintomas físicos e tendência para os perceberem como ameaças, também podem levar a uma procura mais frequente dos serviços de saúde e funcionar como “chaves” de acesso aos cuidados dos serviços de saúde<sup>79</sup>.

Níveis elevados de somatização na adolescência preveem igualmente níveis elevados em adultos. No género masculino está associado a tabagismo e no feminino a eventos traumatizantes e baixa autoestima<sup>107</sup>.

Sondagens feitas pelo Ministério da Saúde do Japão revelaram que na população que percebe stress, 69% refere sintomas físicos ou psicológicos, na que não percebe stress, apenas 39% refere sintomas físicos ou psicológicos. Assim, parece que os mais sensíveis ao stress psicossocial têm maior probabilidade de experienciar sintomas físicos e psicológicos<sup>108</sup>. Também nos doentes com SCI foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre o stress e os sintomas intestinais, absentismo por doença e consultas médicas<sup>109</sup>.

Haftgoli *et al.*<sup>110</sup> avaliaram, em doentes dos cuidados de saúde primários, o grau de associação entre a exposição a eventos stressantes psicossociais e as perturbações de ansiedade, depressivas e somatoformes. Para o efeito operacionalizaram como tensores psicossociais as seguintes situações:

1. Preocupação com a saúde;
2. Preocupação com o peso ou o aspeto;
3. Disfunção sexual (não associada a perturbação somatoforme);
4. Disfunção familiar ou na relação com namorado(a);
5. Stress do cuidador;
6. Stress no trabalho ou na escola (não associada a perturbação somatoforme);
7. Problemas económicos;
8. Falta de apoio social;
9. Evento recente profundamente negativo;
10. Ruminação ou sonho com evento grave do passado.

Estes autores verificaram que os doentes com ansiedade ou depressão têm uma probabilidade dupla de apresentar sintomas somatoformes, em comparação com a restante população, e concluíram que a probabilidade de uma pessoa ter uma destas patologias aumenta 2,2 vezes por cada tensor<sup>110</sup>. Por outro lado, um estudo no Qatar, mostrou que as perturbações psiquiátricas

com predomínio de sintomas físicos estavam mais associadas a eventos stressantes que as mesmas perturbações psiquiátricas com predomínio de sintomas psicológicos<sup>111</sup>.

Espinosa, ao estudar adolescentes com internamento hospitalar, encontrou uma prevalência de 2,3% de doentes somatoformes, nos quais se identificou um fator desencadeante em 63%, sendo os mais frequentes problemas escolares ou familiares (separação, doença crónica ou morte)<sup>112</sup>. O desemprego nos jovens, particularmente no sexo masculino, também se associa a sintomas somáticos<sup>113</sup>. As profissões relacionadas com serviços de contacto humano têm maior risco de perturbações afetivas e relacionadas com o *stress* que outras ocupações sem atendimento público<sup>114</sup>.

Min e Lee<sup>115</sup> encontraram uma maior frequência dos sintomas somatoformes do lado esquerdo, independentemente de os doentes serem destros ou esquerdinos. Embora as diferenças não sejam conclusivas a verdade é que o estudo de doentes com tumores cerebrais também revelou maior frequência de sintomas somatoformes (vertigens, fraqueza e sintomas cardiopulmonares) nos doentes com tumores do hemisfério direito e que desapareciam depois da cirurgia ao tumor<sup>116</sup>. Aqueles autores<sup>116</sup> colocam, então, a hipótese de o cérebro direito ser o principal responsável pela ocorrência dos sintomas somáticos condicionados pelas emoções.

Para Dragos *et al.*<sup>117</sup>, a somatização pode ser vista com uma alteração dos processos cognitivos, que predispõem o sujeito para amplificar as perceções somáticas e as experiências negativas. O indivíduo pode percecionar o ambiente como agressor e, perante isso, responde de modo excessivo. Esta resposta pode passar pela ativação do sistema das citocinas que desperta os sistemas endócrinos, nervosos e físicos. Ventura<sup>118</sup>, ao fazer uma revisão da literatura sobre a aplicação da psiconeuroimunologia às doenças do olho, concluiu que nenhum órgão está protegido dos efeitos dos estados emocionais negativos. O efeito dos estados emocionais negativos, sobre os diferentes órgãos, é mediado pela ativação do sistema nervoso central, com a consequente libertação de neurotransmissores e hormonas, sendo que os mecanismos efetores, sobre os órgãos e consequente manifestação sintomática, são a ativação do eixo hipotálamo-pituitário-adrenal (HPA), o vaso espasmo e alteração do perfil imunológico. Para além disso, e de acordo com

Rief e Barsky<sup>119</sup>, os sintomas somatoformes podem ser vistos como perturbações, em que está em causa a alteração das percepções no sentido de amplificarem os estímulos sensoriais resultantes de uma condição de hiper-alerta, stress, e estimulação crónica do HPA. O mesmo acontece com estados de hiper-vigilância, ansiedade, depressão e falta de descanso conduzindo à redução do limiar de percepção dos sintomas. A amplificação reduz o processo de filtragem do acesso dos estímulos ao SNC que, metaforicamente, poderemos descrever como um processo de “*bioleaks*”.

### **Representações mentais de doentes e médicos acerca dos sintomas somatoformes**

Em 80% dos doentes com MUS, os sintomas resolvem espontaneamente, respondem à tranquilização e à abordagem dos stressores, não dão origem a grande utilização dos serviços e não causam problemas para os prestadores de cuidados<sup>16</sup>. Neste grupo, estão incluídos os sintomas apresentados na consulta, meramente como dúvidas que o doente procura esclarecer, sem que esteja à espera de tratamento ou investigação<sup>120</sup>. No entanto, os restantes 20% apresentam-se com maior gravidade, levando a frequente utilização dos serviços de saúde, a incapacidade física e perturbação psicológica, e os clínicos classificam estes doentes como somatizadores ou difíceis<sup>58,121</sup>.

Os médicos parecem classificar os doentes com sintomas somatoformes segundo três padrões explicativos: rejeição, conluio e empoderamento<sup>122</sup>. Na rejeição o médico aparenta rejeitar os sintomas, explicando a sua natureza como uma perturbação imaginária (“*está tudo na cabeça*”) ou problema psíquico. Este padrão conduz a conflito persistente e perda de confiança no médico, mesmo em queixas futuras. No conluio, o médico aceita passivamente a explicação apresentada pelo doente bem como as sugestões de pedidos de exames ou de referências. Embora tendo menos probabilidade de gerar conflito conduz, no entanto, igualmente à perda de confiança. No empoderamento, o médico explica a natureza dos sintomas recorrendo a mecanismos de fácil compreensão, desculpa e valida os sintomas para além de oferecer oportunidades de auto-controlo. Este padrão é um tipo de resposta que legitima o sofrimento do doente, oferece compreensão dos

mecanismos explicativos, favorece a apropriação dos mesmos e promove a cooperação entre médico e doente.

Os doentes com MUS sobrestimam a probabilidade de uma causa médica para os seus sintomas e os médicos entendem que a simples informação de que os testes se encontram normais é suficiente para os tranquilizar<sup>123</sup>.

Engel e Katon<sup>14</sup> descrevem o surgimento dos sintomas somatoformes MUPS como um processo em quatro fases:

1. Experiencial ou biológica, em que o individuo percebe o sintoma. Esta percepção inicia-se pela ativação de qualquer fenómeno neurofisiológico em que o sujeito reconhece a existência do evento e desperta a consciência para uma realidade subjetiva.
2. Cognitiva, em que o sujeito constrói o seu pensamento sobre o significado do sintoma. O doente ao perceber o sintoma incorpora-o nos seus conhecimentos e adapta-o às suas crenças. É este valor acrescentado ao sintoma que determina a decisão de procurar ou não os serviços de saúde. Em grande parte, o que determina a procura ou não de cuidados é o que o doente pensa sobre os seus sintomas, sendo esta representação determinada pelas experiências. O que leva o doente ao médico não é o sintoma, mas o que ele pensa sobre o sintoma.
3. Comportamental, em que o sujeito, condicionado pelas suas crenças, procura os cuidados de saúde. Esta é uma fase definidora dos sintomas somatoformes: sem procura de cuidados não há MUPS.
4. Comunicacional, em que o clínico avalia o grau de explicabilidade dos sintomas através de um diagnóstico médico. Esta fase tem, em si, um potencial de conflito médico-doente, pelo que estes problemas devem ser entendidos à luz da incerteza científica, inevitavelmente presente em cada consulta.

A diferença de explicações para o sintoma, entre o doente e o médico, pode criar frustração no clínico e insatisfação no doente. Se associarmos a este desentendimento alguns fatores de ordem contextual, por exemplo, contenção de custos, falta de recursos, relação de dependência entre prestador e pagador, etc., estão criadas as condições para uma desconfiança do doente nos cuidados prestados. A esta associação de desacordo e desconfiança,

Engel *et al.*<sup>18</sup> chamaram de causalidade contestada (*contested causation*). A causalidade contestada pode ser pública ou privada. A pública verifica-se quando envolve conflitos entre a população e os financiadores (*stakeholders*), o que acontece quando os cientistas discordam publicamente sobre a evidência que refuta ou confirma a ligação entre a exposição ambiental e os sintomas, ou quando existe grande litígio entre população e o putativo responsável pela compensação dos danos. Para além disso, os média, particularmente os tabloides, têm elevada responsabilidade na construção da causalidade contestada pública ao disseminarem e amplificarem os detalhes das discussões entre adversários. A causalidade contestada privada verifica-se na relação direta entre médico e doente. O médico tem tendência para considerar como menores os sintomas físicos que não consegue explicar com doença e pode, mesmo, rejeitar ou depreciar as crenças de causalidade apresentadas pelo doente. Para além disso, vê os sintomas somatoformes como manifestação de problemas psicológicos e os doentes entendem esta interpretação como uma forma de desvalorizar o seu sofrimento. Para Engel *et al.*<sup>18</sup>, a causalidade contestada contamina a relação médico-doente por diversas razões:

- Provoca erosão da confiança e do respeito mútuo, para além de ser um obstáculo para a cooperação médico-doente;
- Coloca à prova o desempenho técnico do médico e a capacidade de partilhar o poder com o doente;
- Predispõe ao desvio dos objetivos terapêuticos, pelo facto de se concentrar nas questões de compensação, indemnização e culpabilização.

Os doentes com MUPS tendem a desvalorizar a qualidade do trabalho do clínico sentindo que o médico não os leva muito a sério, não os envolve na tomada de decisões e não lhes concede na consulta o tempo suficiente<sup>124</sup>.

À luz das teorias da comunicação<sup>125-127</sup>, o sintoma também pode ser concebido como uma mensagem: uma forma pragmática de comunicação do paciente, mais ou menos inconsciente, que pode informar de um dado fenómeno e, assim, independentemente da sua natureza, ter uma função referencial; ou ter um determinado objetivo como, por exemplo, condicionar no interlocutor um determinado comportamento, tendo, nestas condições, uma função

instrumental; e, finalmente, se tivermos em consideração os achados de Matalon *et al.*<sup>97</sup> ter uma função de expressão emocional. Finalmente, no nosso entender, o sintoma também pode ter uma função fáctica, isto é, de ser apresentado para manter uma comunicação com o profissional de saúde.

Por estes motivos, as perturbações somatoformes são das situações clínicas mais exigentes da capacidade comunicacional do médico e do saber utilizar-se como agente terapêutico.

### **Abordagens terapêuticas**

O facto de os sintomas somatoformes geralmente não serem causa de morte, não significa que não tenham um impacto importante na saúde, com incapacidade, mal-estar, insatisfação, medicalização, iatrogenia e custos económicos<sup>58,116,128,129</sup>. Os doentes com somatização têm cerca do dobro da utilização das consultas e dos internamentos, em comparação com a restante população<sup>55</sup>. O custo anual com os cuidados de saúde é o dobro da restante população a calcula-se que o custo destes doentes é de 256 biliões de dólares por ano, a preços de 2002, o que é quase o dobro dos gastos anuais com os diabéticos (132 biliões de dólares)<sup>57</sup>.

Os doentes com MUPS, hiperutilizadores de consultas externas hospitalares, tiveram um maior número de referenciações a outras consultas e foram submetidos a maior número de testes de diagnóstico quando comparados com outros doentes igualmente hiperutilizadores. Os doentes com sintomas somatoformes, em comparação com os restantes hiperutilizadores, tinham uma probabilidade 4 vezes maior de serem submetidos a tomografia axial computadorizada (TAC), 2 vezes a prova de esforço, 3 vezes a endoscopia e 2 vezes a ecografia abdominal<sup>130</sup>. Em Portugal e em cuidados de saúde primários, a probabilidade de requisitar, uma radiografia de coluna perante uma lombalgia é de 68%<sup>131</sup>. Os doentes com SCI, quando comparados com a população em geral, têm uma probabilidade tripla de serem submetidos a colecistectomia e, dupla de apendicectomia e histerectomia.

Este aumento de pedidos de exames complementares de diagnóstico é, frequentemente, justificado pela pressão dos doentes sobre os clínicos. No entanto, em cuidados de saúde primários, a evidência tende a demonstrar que os doentes não só não pedem intervenções para os sintomas, como até



apresentam oportunidades empáticas para os clínicos abordarem problemas psicológicos ou mesmo sugerindo que pode não haver doença<sup>132</sup>. Os clínicos tendem a requisitar exames complementares de diagnóstico como resposta a narrativas mais exuberantes do doente, como a descrição dramatizada do impacto dos sintomas na vida diária, utilização de linguagem metafórica e emotiva, defesa da crença numa causa biomédica, stress emocional gerado pelos sintomas, etc. Portanto, parece haver uma pressão subjetiva, perante a qual o clínico reage com tensão emocional o que, normalmente, desencadeia comportamentos automáticos que, neste caso, será uma resposta de intervenção sintomática<sup>133</sup>. Outros estudos<sup>134</sup> confirmam que os comportamentos dos clínicos se relacionam mais com a perceção de pressão por parte dos doentes do que com os reais desejos destes.

A distinção entre dor psicológica e orgânica é artificial e consequência da conceptualização da mente e do corpo como realidades separadas. No entanto, ao clínico importa pesar os contributos psicológicos e biológicos para a experiência da dor e recorrer a tratamentos médicos ou psicológicos ou conjugando os dois. O desconhecimento dos contributos psicológicos da dor pode conduzir a intervenções desnecessárias não efetivas e complicações psicológicas<sup>135</sup>.

Na abordagem dos doentes com sintomas somatoformes parece que a Auto desvalorização das habilidades psicológicas do médico é mais determinante na dificuldade em ajudar estes doentes que as próprias atitudes negativas dos clínicos. Com efeito, os médicos que aceitaram formação não desconfirmam estes doentes e valorizam as suas próprias capacidades de intervenção psicológica<sup>136</sup>.

Dowrick *et al.*<sup>137</sup> definem “normalização” como o reconhecimento de que os sintomas fazem parte da normal experiência humana não traduzindo necessariamente uma doença, i.e. “*são normais*”. Por sua vez, Kirmeyer *et al.*<sup>138</sup> definem “*somatizadores facultativos*” como os doentes que, embora se apresentem com sintomas somáticos, estão preparados para aceitar uma explicação psicológica quando feita pelo médico. Da análise do registo de 41 consultas com doentes com sintomas somatoformes, os autores identificaram atos comunicacionais, que visavam a normalização, em 78% dos encontros e caracterizaram três tipos de resposta normalizadora por parte dos clínicos:



1. Normalização rudimentar sem explicação. Para fundamentar a negação de doença o clínico invoca a negatividade dos testes. Este tipo de explicação não só é ineficaz como mesmo contraproducente. O doente tende a responder com a elaboração dos seus sintomas salientando a sua gravidade, persistência, recorrência ou deterioração, impacto nas suas relações, emprego, emoções e atividades da vida diária. Pode também recorrer à invocação de autoridade externa, persistir no pedido de explicação, através de afirmações de incerteza acerca da natureza dos sintomas, exprimindo preocupação e ansiedade ou, em último recurso, introduzir novos sintomas.
2. Normalização com explicação ineficaz. Explica o mecanismo dos sintomas de forma a tornar desnecessária qualquer investigação, mas não tem em consideração as preocupações do doente. Assim, a explicação não é suficiente para encerrar a discussão e acaba por ter a mesma consequência que uma normalização sem explicação.
3. Normalização com explicação eficaz. A explicação é dada com base em mecanismos de fácil compreensão para o doente e vai ao encontro das suas preocupações. Algumas destas explicações passam por uma relação entre fatores físicos e psicossociais. Esta relação pode predispor o doente para a discussão de problemas sociais e psicológicos, embora não seja obrigatório que a explicação passe por uma dimensão psicossocial.

A normalização sem explicação inclui a tranquilização rudimentar argumentando com a autoridade da negatividade dos testes. Nestas condições, os doentes persistem na procura de uma explicação, elaborando ou amplificando os seus sintomas de modo a forçar uma abordagem somática. A normalização com uma explicação física não tangível, i.e., sem um mecanismo ou processo, geralmente físico, que possa ser compreendido pelo doente, e sem relação com as preocupações expressas pelo doente é contraproducente. Já a explicação efetiva com mecanismos compreensíveis e tendo em conta as preocupações e as crenças do doente, de preferência estabelecendo uma relação entre fatores físicos e psicológicos, e evitando insistir na argumentação com a negatividade dos testes<sup>139</sup>, tem maior probabilidade de ser aceite.

As tentativas de normalização por parte dos clínicos incluem abordagens que são ineficazes e podem exacerbar as queixas dos doentes, contudo, também têm modos de explicação que podem reduzir as necessidades de investigação sintomática e de tratamento. Dowrick *et al.*<sup>137,140</sup> e outros autores<sup>141</sup>, com base neste modelo, propõem uma estratégia de "reatribuição" dos sintomas, em quatro fases, na abordagem terapêutica dos doentes com sintomas somatoformes:

- 1) Proceder de modo a que o doente se sinta compreendido, através da enumeração dos sintomas físicos e dos problemas psicossociais, conhecimento do estado de humor, das crenças do doente acerca dos seus sintomas, e aplicação de investigações e exames físicos relevantes;
- 2) Alargar a agenda para além dos sintomas físicos, resumir os achados físicos e psicossociais e negociá-los com o doente;
- 3) Estabelecer uma relação com os problemas psicossociais, fornecendo explicação sobre a relação entre sintomas físicos com problemas psicossociais, recorrendo quer aos dados físicos quer às associações temporais;
- 4) Negociar os planos de tratamento, com negociação do plano de seguimento e do tratamento dos sintomas e explicitação das expectativas.

O treino dos clínicos, neste modelo, confere maior confiança no tratamento dos doentes com sintomas somatoformes e uma maior perceção de que os podem ajudar. Contudo, os clínicos enumeraram um considerável número de obstáculos para seguir o modelo e não está confirmado o impacto deste treino no controlo dos sintomas somatoformes<sup>137</sup>. De facto o modelo de reatribuição não pode ser, só por si, considerado uma solução para a abordagem dos sintomas somatoformes<sup>142</sup>. Geralmente o profissional de saúde vê o doente como um repositório passivo de informação que está ali ao dispor e cujo acesso depende apenas de saber colocar a questão. Ora, não só esta ideia ingénua está longe da realidade, como através do questionamento surgem novos significados construídos pelos dois interlocutores e dependentes do tipo de relação existente. Com efeito, a possibilidade de aplicar a abordagem de reatribuição está dependente de um problema a montante - a quantidade e o

tipo de informação que o doente se predispõe a fornecer ao médico. Como estratégias para ultrapassar este obstáculo propõe-se que o clínico tenha alguns cuidados prévios à abordagem dos sintomas somatoformes: 1) ajudar o doente a compreender a complexidade da natureza dos seus sintomas; 2) assegurar que a atenção médica aos fatores psicossociais não descure o cuidado às doenças físicas; 3) estabelecer uma relação terapêutica efetiva que permita o apoio ao doente no confronto com os seus problemas e leve este a compreender e a aceitar o questionamento das vertentes psicossociais como adequado<sup>143</sup>.

Porque estes doentes tendem a inflacionar as probabilidades de uma explicação física, muito em particular os que têm queixas somáticas pouco claras, é aconselhável os médicos solicitarem aos doentes que deem retro informação sobre o seu entendimento do que lhes foi transmitido na consulta, de forma a poder corrigir eventuais interpretações erradas<sup>116,122</sup>. Um número considerável de autores<sup>72,122,144-152</sup> propõem na abordagem dos doentes com sintomas somatoformes o conjunto de procedimentos descritos no Quadro VII. Os princípios estratégicos básicos da terapêutica podem-se resumir à focagem na função e na gestão da perturbação e não tanto no sintoma ou na cura<sup>153,154</sup>. Programas de exercício físico reduzem consideravelmente o número de consultas, o que não deixa de ser importante se considerarmos que estes são doentes que procuram muito os serviços de saúde<sup>155</sup>.

Um número considerável de estudos reconhece a utilidade da terapia cognitivo-comportamental nos doentes com sintomas somatoformes<sup>156-158</sup>. Contudo, outros estudos não foram tão claros quanto à utilidade das terapias cognitivo-comportamentais<sup>159,160</sup>, pelo que permanece a dúvida quanto à sua utilidade. Quando se recorre à terapia cognitivo-comportamental, utilizam-se estratégias como a elaboração de diários de sintomas e de situações stressantes, exercícios de relaxamento, terapêutica de exposição, objetivos realistas e aprendizagem de técnicas de resolução de problemas<sup>146,161,162</sup>.

**Quadro VII. Procedimentos e atitudes na abordagem dos doentes com SS**

1. Construir a relação médico-doente;
2. Validar e legitimar as queixas do doente;
3. Expressar, desde o princípio, que a causa mais provável dos sintomas é uma perturbação na perceção dos processos corporais ou de sintomas de stress e não uma doença orgânica grave;
4. Explorar os sintomas físicos e psicossociais de modo tão completo quanto possível;
5. Discutir com o doente, tão precocemente quanto possível, o plano de exames e as suas consequências, evitando investigações desnecessárias e pseudo-diagnósticos. Prever quando a investigação deverá terminar;
6. Valorizar e rentabilizar os aspetos não farmacológicos dos fármacos;
7. Moderar as expectativas de tratamento, focar mais a atenção na função que na cura;
8. Agendar consultas regularmente;
9. Incentivar o doente a levar uma vida saudável, reduzir o stress e implementar um plano de exercício físico. Prevenir o comportamento de evitação inadequado;
10. Pedir ao doente para fazer sumários do que entendeu da consulta e identificar possíveis erros de interpretação;
11. Gerir as emoções de sofrimento e hostilidade do doente, impotência, hostilidade, culpabilidade e frustração do médico;
12. Recorrer a técnicas da terapia cognitivo-comportamental.

O médico de família é o profissional de eleição para o tratamento dos doentes com sintomas somatoformes por diversas razões, de que se destacam:

1. Ser o especialista na relação e a generalidade dos autores salienta que esta deve ser o fulcro da abordagem do doente com sintomas somatoformes;
2. Ser o ponto mais precoce de contacto destes doentes com os serviços de saúde, pelo que os encontra numa fase com sintomas ainda indiferenciados e, portanto, a tempo de evitar a diferenciação em quadros clínicos irreversíveis iatrogenicamente construídos;
3. Prestar cuidados em continuidade, o que permite acumular conhecimento sobre os padrões comportamentais do doente face aos problemas de saúde e, para além disso, usar o tempo como recurso diagnóstico e terapêutico, fatores de grande importância neste tipo de problemas;

4. Ser uma especialidade de largo espectro (de intervenção e de conhecimento) que permite ver o doente como um todo e evitar a segmentação do doente somatoforme em múltiplos diagnósticos, como acontece nas intervenções de especialidades com conhecimento de espectro mais estreito embora mais profundo.
5. Permitir a abordagem terapêutica do doente sem o rotular com o nome de uma doença que lhe desregula o seu sentido de saudável, condenando-o a um prognóstico que o doente perceciona como destino fatal;
6. Ter a possibilidade e capacidade de intervir na família, intervindo nos fatores sistémicos que, eventualmente, possam estar na génese dos sintomas somatoformes e, noutras circunstâncias, permitir mobilizar os recursos da família que possam ajudar no controlo dos sintomas.

Apesar de a continuidade representar uma mais-valia na abordagem dos doentes com sintomas somatoformes, o clínico deve ter em atenção que ela favorece algum excesso de confiança que o pode levar a desvalorizar as queixas do doente. Assim, o médico de família deve manter a constância do empenho e da atenção em todos os encontros com o doente, a fim de reduzir o risco de o prejudicar e de ser acusado de negligência.

Finalmente, o facto de o médico de família ser o especialista de eleição para a abordagem dos doentes com sintomas somatoformes não obvia a que não possa recorrer ao apoio de outros profissionais de saúde incluindo o psiquiatra.

## Referências bibliográficas

1. Dimsdale JE, Dantzer R. A Biological Substrate for somatoforme Disorders: Importance of Pathophysiology. *Psychosom Med* 2007; 69(9):850-854. DOI:10.1097/PSY.0b013e31815b00e7.
2. Damásio AR. *O Erro de Descartes. Emoção, razão e cérebro humano*. Mem Martins: Publicações Europa-América; 1995.
3. DSM-IV-TR. *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4ª Edição (texto revisto). Climepsi Editores; 2004.
4. Escobar JI, Hoyos-Nervi C, Gara M. Medically Unexplained Physical Symptoms in Medical Practice: A Psychiatric Perspective. *Environ Health Perspect* 2002; 110(Suppl 4):631–6.

5. olde Hartman TC, Lucassen PLBJ, van de Lisdonk EH, Bor HHJ, van Weel C. Chronic functional somatic symptoms: a single syndrome? *Br J Gen Pract* 2004; 54:922-927.
6. Kanaan R, Lepine JP, Wessely SC. The Association or Otherwise of the Functional Somatic Syndromes. *Psychosom Med*. 2007; 69(9): 855–859. doi:10.1097/PSY.0b013e31815b001a.
7. Cole JA, Rothman KJ, Cabral HJ, Zhang Y, Farraye FA. Migraine, fibromyalgia, and depression among people with IBS: a prevalence study. *BMC Gastroenterology* 2006; 6:26. DOI:10.1186/1471-230X-6-26.
8. Helfenstein M, Heymann R, Feldman D. Prevalência da Síndrome do Cólon Irritável em Pacientes com Fibromialgia. *Rev Bras Reumatol* 2006; 46(1):16-23.
9. Robbins JM, Kirmayer LJ, Hemami SM. Latent Variable Models of Functional Somatic Distress. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185(10):606-15.
10. Smith RC, Gardiner JC, Lyles JS, Sirbu C, Dwamena FC, Hodges A *et al*. Exploration of DSM-IV Criteria in Primary Care Patients with Medically Unexplained Symptoms. *Psychosom Med* 2005; 67(1):123-129.
11. Leibbrand R, Hiller W, Frichter MM. Hypochondriasis and Somatization: Two Distinct Aspects of Somatoform Disorders? *J Clin Psychol* 2000; 56:63-72.
12. Allen LA, Escobar IE, Lehrer PM, Gara MA, Woolfolk RL. Psychosocial Treatments for Multiple Unexplained Physical Symptoms: A Review of the Literature. *Psychosomatic Medicine* 2002; 64:939-50. DOI: 10.1097/01.PSY.0000024231.11538.8F.
13. World Health Organization. ICD-10. *International Statistical Classification of Disease Related Health Problems*. 10th Revision. Version for 2007. Disponível em: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd10online> [acedido em 2/8/2010].
14. Comissão Internacional de Classificações da WONCA. *Classificação Internacional de Cuidados Primários, ICPC-2D*. Segunda edição. Lisboa: APMCG – Departamento Editorial; 1999.
15. Aragonès E, Labad A, Piñol JL, Lucen C, Alonso Y. Somatized depression in Primary care attenders. *J Psychosom Res* 2005;58(2):145-51.

16. Bridges K, Goldberg D. Somatic presentation of depressive illness in primary care. *J R Coll Gen Pract Occas Pap* 1987;36:9-11.
17. Melville DI. Descriptive clinical research and medically unexplained symptoms. *J Psychosom Res* 1987; 31(3):359.
18. Engel CC, Adkins JA, Cowan DN. Caring for Medically Unexplained Physical Symptoms after Toxic Environmental Exposures: Effects of Contested Causation. *Environ Health Perspect* 2002;110(Sup 4):641-7.
19. Engel CC, Katon WJ. Population and need-based prevention of unexplained symptoms in the community. In: *Strategies to Protect the Health of Deployed U.S. Forces: Medical Surveillance, Record Keeping, and Risk Reduction* (Institute of Medicine). Washington, DC. National Academy Press, 1999; 173-212.
20. Burton C. Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). *Br J Gen Pract* 2003; 53:233-249.
21. Smith R C, Dwamena FC. Classification and Diagnosis of Patients with Medically Unexplained Symptoms. *Society of General Internal Medicine* 2007;22:685–691. DOI: 10.1007/s11606-006-0067-2.
22. Wessely S, Nimnuan C, Sharp M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet* 1999; 354:936-39.
23. Jones E, Wesselys S. War Syndromes: The Impact of Culture on Medically Unexplained Symptoms. *Medical History* 2005; 49:55–78.
24. Rosendal M, Fink P, Bro F, Olesen F. Somatization, heartsink patients, or functional somatic symptoms? Towards a clinical useful classification in primary health care. *Scand J Prim Health Care* 2005;23-3-10. DOI: 10.1080/02813430510015304.
25. Kirmayer LJ, Robbins JM. Three Forms of Somatization in Primary Care: Prevalence, Co-occurrence, and Sociodemographic Characteristics. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179:647-55.
26. Fink P, Rosendal M, Olesen F. Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2005;39(9):772-781.
27. American Psychiatric Association. *Somatic Symptom Disorders*. 2010. Acedido em 15 de Maio de 2011. (Disponível em: <http://www.dsm5.org>.)



28. American Psychiatric Association. *J 00 Complex Somatic Disorder*. 2010. Disponível em: <http://www.dsm5.org>. [Acedido em 15 de Maio de 2011]
29. Schulte I E, Petermann F. Somatoform disorders: 30 years of debate about criteria! What about children and adolescents? *J Psychosom Res* 2011;70:218-228.
30. Dimsdale J, Creed F. The proposed diagnosis of somatic symptom disorders in DSM-V to replace somatoform disorders in DSM-IV – a preliminary report. *J Psychosom Res* 2009;66:473-476 (editorial).
31. Al Busaidi Z. The Concept of Somatisation. A Cross-cultural perspective. *SQU Med J* 2010;10(2):180-186.
32. Stocks P. *Sicknnes in the Population of England and Wales in 1944-47*. His Majesty's Stationery Office, London 1949.
33. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The Ecology of Medical Care. *N Engl J Med* 1961; 265:885-92.
34. White KL. The Ecology of Medical Care: Origins and Implications for Population-Based Healthcare Research. *Health Services Research* 1997; 32:11-21.
35. Green LA, Fryer GF, Yawan BP, Lanier D, Dovey SM. The Ecology of Medical Care Revisited. *N Engl J Med* 2001; 344(26):2021-2025.
36. Peveler R, Kilkenny L, Kinmonth AL. Medically unexplained physical symptoms in primary care: A comparison of self report screening questionnaire and clinical opinion. *J Psychosom Res* 1997; 42(3):245.
37. Reid S, Wessely S, Crayford T, Hotopf M. Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: retrospective cohort study. *BMJ* 2001; 322:1.
38. Kroenke K, Price RK. Symptoms in the community. Prevalence, classification, and psychiatric comorbidity. *Arch Intern Med* 1993; 153(2):2474-80.
39. Hessel A, Beutel M, Geyer M, Schumacher J, Brähler E. Prevalence of somatoform pain complaints in the German population. *GMS Psycho-Social-Medicine* 2005; 2, ISSN 1860-5214.
40. Kroenke K, Arrington ME, Mangelsdorff AD. The prevalence of symptoms in medical outpatients and the adequacy of therapy. *Arch Intern Med* 1990; 150(8):1685-9.



41. Fink P, Sorensen L, Engeberg M, Holm M, Munk-Jorgensen P. Somatization in Primary Care. Prevalence, Health Care Utilization and General Practitioner Recognition. *Psychosomatics* 1999; 40:330-338.
42. Fabião C, Barbosa A, Flemming M, Silva C. Rastreio da Perturbação de Somatização. Nos Cuidados Primários de Saúde. Resultados de um Estudo Piloto. *Acta Med Port* 2008; 21:319-28.
43. Steinbrecher N, Koerber S, Frieser D, Hiller W. The Prevalence of Medically Unexplained Symptoms in Primary Care. *Psychosomatics* 2011;52:263–271.
44. Mumford DB, Devereux TA, Maddy PJ, Johnston JV. Factors leading to the reporting of 'functional' somatic symptoms by general practice attenders. *Br J Gen Pract* 1991; 41: 454-458.
45. Scicchitano J, Lovell P, Pearce R, *et al.* Illness behavior and somatization in general practice. *J Psychosom Res* 1996; 41:247-254.
46. Pilowsky I, Smith QP, Katsikitis M. Illness behaviour and general practice utilisation: a prospective study. *J Psychosom Res* 1987; 31: 177-183.
47. Palsson N. Functional somatic symptoms and hypochondriasis among general practice patients: a pilot study. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 78: 191-197.
48. Kroenke K, Mangelsdorff AD. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *Am J Med* 1989; 86(3):262-6.
49. Li CT, Chou YH, Yang KC, Yang CH, Lee YC, Su TP. Medically Unexplained Symptoms and Somatoform Disorders: Diagnostic Challenges to Psychiatrists. *J Chin Med Assoc* 2009; 72(5):251-6.
50. Williams N, Wilkinson C, Stott N, Menkes DB. Functional illness in primary care: dysfunction versus diseases. *BMC Family Practice* 2008, 9:30. DOI:10.1186/1471-2296-9-30.
51. Naessens JM, Baird MA, van Houten HK, Vanness DJ, Campbell CR. Predicting Persistently High Primary Care Use. *Ann Fam Med* 2005;3:324-330. DOI: 10.1370/afm.352.
52. Smith RC, Korban E, Kanj M, Haddad R, Lyles JS, Lein C, Gardiner JC, Hodges A, Dwamena FC, Coffey J, Collins C. A Method for Rating Charts to Identify and Classify Patients with Medically Unexplained Symptoms. *Psychother Psychosom.* 2004 ; 73(1): 36–42.

53. Amann B, Padberg F, Mergl R, Naber D, Baghai T, Reimers K, El-Giamal N, Erfurth A, Laakmann G. An Investigation of Temperamental Traits in Patients with Somatoform Disorder: Do They Belong in the Affective Spectrum? *Psychosomatics* 2009;50:695-12.
54. Little P, Somerville J, Williamson I, Warner G, Moore M, Wiles R, George S, Smith A, Peveler R. Psychosocial, lifestyle, and health status variables in predicting high attendance among adults. *Br J Gen Pract* 2001; 51:987-94.
55. Barsky AJ, Orav J, Bates DW. Somatization Increases Medical Utilization and Costs Independent of Psychiatric and Medical Comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:903-910.
56. Waal MWM, Arnold IA, Eekhof JAH, Assendelft WJJ, van Hemert AM. Follow-up study on health care use of patients with somatoform, anxiety and depressive disorders in primary care. *BMC Family Practice* 2008, 9:5 doi:10.1186/1471-2296-9-5.
57. Hartman TC, Lucassen PLBJ, van de Lisdonk EH, Bor HHJ, e van Weel C. Chronic functional somatic symptoms: a single syndrome? *Br J Gen Pract* 2004; 54:922-7.
58. Jackson JL, Passamonti M. The Outcomes Among Patients Presenting in Primary Care with a Physical Symptom at 5 Years. *J Gen Intern Med* 2005; 20:1032–7. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2005.0241.x.
59. Tylee A, Gandhi P. The Importance of Somatic Symptoms in Depression in Primary Care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2005;7:167–76.
60. Schrag A, Brown RJ, Trimble MR. Reliability of self-reported diagnoses in patients with neurologically unexplained symptoms. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004;75:608–611. DOI: 10.1136/jnnp.2003.020552.
61. Interian A, Gara MA, Díaz-Martínez AG, Warman MJ, Escobar JI, Allen LA, Manetti-Cusa J. The Value of Pseudoneurological Symptoms for Assessing Psychopathology in Primary Care. *Psychosomatic Medicine* 2004;66:141-146.
62. Rasmussen N, Agerter DC, Colligan RC, Baird MA, Yunghans CE, Cha SS. Somatization and alexithymia in patients with high use of medical care and medically unexplained symptoms. *Mental Health in Family Medicine* 2008; 5:139-48.

63. Stone J, Smyth R, Carson A, Lewis S, Prescott R, Warlow C, Sharpe M. Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and “hysteria”. *BMJ* 2005; DOI:10.1136/bmj.38628.466898.55.
64. Barsky AJ, Peekna HM, Borus JF. Somatic Symptom Reporting in Women and Men. *J Gen Intern Med* 2001; 16:266-75.
65. Coelho CLS, Ávila LA. Controvérsias sobre a somatização. *Rev Psiquiatr Clín* 2007;34(6):278-84.
66. Faravelli C, Salvatori S, Galassi F, Aiazzi L, Drei C, Cabras P. Epidemiology of Somatoform disorders: a community survey in Florence. *Soc Psychiatr Epidemiol* 1997; 32:24-9.
67. Lynch D, McGrady A, Nagel R, Zsembik C. Somatization Family Practice: Comparing five Methods of Classification. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry* 1999;1:85-9.
68. Fabião, MCM. *Rastreio e Diagnóstico da Somatização em Cuidados Primários: Validação da Screening for Somatoform Symptoms-2*. Porto. Tese [Doutorado em Ciências Médicas] – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto; 2010.
69. Tanaka Y, Kanazawa M, Fukudo S, Drossman DA. Biopsychosocial Model of Irritable Bowel Syndrome. *J Neurogastroenterol Motil* 2011;17(2). DOI: 10.5056/jnm.2010.17.2.131.
70. Pilowsky I. The Concept of Abnormal Illness Behavior. *Psychosomatics* 1990;31(2):207-13.
71. Ciechanowski PS, Walker EA, Katon WJ, Russo JE. Attachment Theory: A Model for Health Care Utilization and Somatization. *Psychosom Med* 2002;64:660-7.
72. Miller RC. The somatically preoccupied patient in primary care: use of attachment theory to strengthen physician-patient relationships. *Osteopathic Medicine and Primary Care* 2008; 2:6. DOI:10.1186/1750-4732-2-6.
73. Hudson JL, Comer JS, Kendall PC. Parental Responses to Positive Emotions in Anxious and Nonanxious Children. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2008;37(2):303-13. DOI:10.1080/15374410801955839.
74. Mota-Cardoso R. Auto-regulação dos sistemas naturais. *Revista Portuguesa de Psicossomática* 2001;3(2):39-96.

75. Whitehead WE, Winget C, Fedoravicius AS, Wooley S, Blackwell B. Learned illness behavior in patients with irritable bowel syndrome and peptic ulcer. *Dig Dis Sci* 1982;27(3):202-8.
76. Levy RL, Whitehead WE, Walker LS, von Korff M, Feld AD, Garner M, Christie D. Increased somatic complaints and health-care utilization in children: effects of parent IBS status and parent response to gastrointestinal symptoms. *Am J Gastroenterol* 2004;99(12):2442-51.
77. Crane C, Martin M. Risk Perception in Individuals with Irritable Bowel Syndrome: Perceived Susceptibility to Health and Non-Health Threats. *J Social and Clinical Psychology* 2004;23(2):216-39.
78. Dalton P, Doolittle N, Breslin PAS. Gender-specific induction of enhanced sensitivity to odors. *Nature Neuroscience* 2002;5(3):199-200. DOI:10.1038/nn803.
79. Wool CA, Barsky AJ. Do Women Somatize More Than Men? Gender Differences in Somatization. *Psychosomatics* 1994;35:445-52.
80. Bogaerts K, Millen A, Li W, De Peuter S, van Diest I, Vlemincx E, Fannes S, vaen den Bergh O. High symptoms reporters are less interoceptively accurate in a symptom-related context. *J Psychosom Res* 2008; 65:417-24.
81. Burton CD. Hyperventilation in patients with recurrent functional symptoms. *Br J Gen Pract* 1993;43:422-5.
82. Malt EA, Olafsson S, Lund A, Ursin H. Factors explaining variance in perceived pain in women with Fibromyalgia. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2002, 3:12. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/3/12>.
83. Biro D. Is There Such a Thing as Psychological Pain? And Why It Matters. *Cul Med Psychiatry* 2010;34:658-67.
84. Wientjes CJE, Grossman P. Overreactivity of the Psyche or the Soma? Interindividual Associations Between Psychosomatic, Anxiety, Heart Rate, and End-Tidal Partial Carbon Dioxide Pressure. *Psychosom Med* 1994; 56:533-540.
85. Kwan CL, Daimant NE, Mikula K, Davis KD. Characteristics of rectal perception are altered in irritable bowel syndrome. *Pain* 2005;113:160-71.

86. Bakal D, Steiert M, Coll P, Schaefer J. An experiential mind-body approach to the management of medically unexplained symptoms. *Medical Hypotheses* 2006;67:1443-7.
87. Barsky AJ, Goodson JD, Lane RS, et al. The amplification of somatic symptoms. *Psychosom Med* 1988;50:510–519.
88. Mailloux J, Brener J. Somatosensory Amplification and Its Relationship to Heart Detection Ability. *Psychosom Med* 2002;64:353-7.
89. Barsky AJ, Wyshak G. Hypochondriasis and somatosensory amplification. *The Br J of Psychiatry* 1990;157:404-9.
90. Nakao M, Barsky AJ, Kumano H, Kuboki T. Relationship Between Somatosensory Amplification and Alexithymia in a Japanese Psychosomatic Clinic. *Psychosomatics* 2002;4:55-60.
91. Sifneos PE. The prevalence of alexithymia characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 1973;22:255–262.
92. De Gucht V, Fischler B, Heiser W. Neuroticism, alexithymia, negative affect, and positive affect as determinants of medically unexplained symptoms. *Personality and Individual Differences* 2004;36:1655-67.
93. Almeida V, Machado PPP. Somatização e Alexitimia: Um Estudo nos Cuidados de Saúde Primários. *Int J Clin Health Psychol* 2004;4(2):285-98.
94. Kooiman CG, Bolk JH, Rooijmans HGM, Trijsburg RW. Alexithymia Does Not Predict the Persistence of Medically Unexplained Physical Symptoms. *Psychosomatic Medicine* 2004; 66:224-32. DOI:10.1097/01.psy.0000116714.38868.06.
95. De Gucht V, Fischler B, Heiser W. Personality and affect as determinants of medically unexplained symptoms in primary care. A follow-up study. *J Psychosom Res* 2004;56:279-85.
96. Kim HW, Rim HD, Kim JH, Lee SJ. Alexithymia and Stress Response Patterns among Patients with Depressive Disorders in Korea. *Psychiatry Invest* 2009;6:13-8.
97. Matalon A, Kotliroff A, Blumberg G, Yaphe J, Kitai E. Non-specific symptoms as clues to changes in emotional well-being. *BMC Family Practice* 2011;12:77. DOI:10.1186/1471-2296-12-77.

98. Rief W, Broadbent E. Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. *Clinical Psychology Review* 2007;27:821-41.
99. Winters W, Devriese S, van Diest I, et al. Media Warnings About Environmental Pollution Facilitate the Acquisition of Symptoms in Response to Chemical Substances. *Psychosom Med* 2003; 65:332–338. DOI: 10.1097/01.PSY.0000041468.75064.BE.
100. Baliatsas C, van Kamp I, Kelfkens G, Schipper M, Bolte J, Yzermans J, Lebrete E. Non-specific physical symptoms in relation to actual and perceived proximity to mobile phone base stations and powerlines. *BMC Public Health* 2011, 11:42. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/421>.
101. Muris P, Meesters C, van den Hout A, Wessels S, Franken I, Rassin E. Personality and Temperament Correlates of Pain Catastrophizing in Young Adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev* 2007;38:171–81 DOI:10.1007/s10578-007-0054-9.
102. Smith LK, Pope C, Botha JL. Patients' help-seeking experiences and delay in cancer presentation: a qualitative synthesis. *Lancet* 2005;366:825-31.
103. Ali A, Richardson DC, Toner BB. Feminine Gender Role and Illness Behavior in Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Gender, Culture, and Health* 1998;3(1):59-65.
104. Didiea ER, Tortolania CC, Popea CG, Menarda W, Faya C, Phillipsa KA. Childhood abuse and neglect in body dysmorphic disorder. *Child Abuse Negl.* 2006; 30(10): 1105–15.
105. Dwamena FC, Lyles JS, Frankel RM, Smith RC. In their own words: qualitative study of high-utilising primary care patients with medically unexplained symptoms. *BMC Family Practice* 2009; 10:67. DOI:10.1186/1471-2296-10-67.
106. Gregory RJ. Characteristics Of Patients Assigned Multiple Nonthreatening Medical Diagnoses. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry* 2001;3:164–7.
107. Poikolainen K, Aalto-Setälä T, Marttunen M, Tuulio-Henriksson A, Lönnqvist J. Predictors of somatic symptoms: a five year follow up of adolescents. *Arch Dis Child* 2000;83:388–92.



108. Nakao M, Barsky AJ. Clinical application of somatosensory amplification in psychosomatic medicine. *BioPsychoSocial Medicine* 2007;l:17. DOI:10.1186/1751-0759-1-17.
109. Whitehead WE, Crowell MD, Robinson JC, Heller BR, Schuster MM. Effects of stressful life events on bowel symptoms: subjects with irritable bowel syndrome compared with subjects without bowel dysfunction. *Gut* 1992;33:825-30.
110. Haftgoli N, Favrat B, Verdon F, Vaucher P, Bischoff T, Burnand B, Herzig L. Patients presenting with somatic complaints in general practice: depression, anxiety and somatoform disorders are frequent and associated with psychosocial stressors. *BMC Family Practice* 2010, 11:67. DOI:10.1186/1471-2296-11-67.
111. Bener A, Ghuloum S, Al-Mulla A, Al-Marri S, Hashim MS, Elbagi IA. Prevalence of somatisation and psychologisation among patients visiting primary health care centers in the State of Qatar. *Libyan J Med* 2010;5:5266. DOI: 10.3402/ljm.v5i0.5266..
112. Espinosa MGV, García A, Fernández PB, Massa JLP. Ingresos hospitalarios en adolescentes com enfermedades psicossomáticas. *An Pediatr (Barc)* 2008;69(2):115-8.
113. Hammarström A, Janlert U. Early unemployment can contribute to adult health problems: results from a longitudinal study of school leavers. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:624–30.
114. Wieclaw J, Agerbo E, Mortensen PB, Bonde JP. Risk of affective and stress related disorders among employees in human service professions. *Occup Environ Med* 2006;63:314-9. DOI:10.1136/oem.2004.019398.
115. Min SK, Lee BO. Laterality in somatization. *Psychosom Med* 1977;59:236-240.
116. Mainio A, Hakko H, Niemela A, Koivukangas J, Räsänen P. Somatization Symptoms Are Related to Right-Hemispheric Primary Brain Tumor: A Population-Based Prospective Study of Tumor Patients in Northern Finland. *Psychosomatics* 2009; 50:331-5.
117. Dragos D, Tanasescu M D, Davila C. The critical role of psychosomatics in promoting a new perspective upon health and disease. *Journal of Medicine and Life* 2009; 2(4):343-9.
118. Ventura LM. Psychoneuroimmunology: application to ocular diseases. *J Ocul Biol Dis Inform* 2009;2:84-93. DOI:10.1007/s12177-0009-9028-4.

119. Rief W, Barsky AJ. Psychobiological perspectives on somatoform disorders. *Psychoneuroendocrinology* 2005;30(10):996-1002.
120. Fink P, Rosendal M, Olesen F. Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2005;39(9):772-781.
121. Lynch DS, McGray AV, Nagel RW, Wahl E. The Patient-Physician Relationship and Medical Utilisation. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2007; 9:266-70 .
122. Salmon P, Peters S, Stanley I. Patients' perceptions of medical explanations for somatisation disorders: qualitative analysis. *BMJ* 1999; 318:372.
123. Rief W, Heitmüller AM, Reisberg K, Rüddel H. Why reassurance fails in patients with unexplained symptoms – An experimental investigation of remembered probabilities. *PloS Med* 2006; 3(8):e269. DOI:10.1371/journal.pmed.0030269.
124. Dirkzwager AJE, Verhaak PFM. Patients with persistent medically unexplained symptoms in general practice: characteristics and quality of care. *BMC Family Practice* 2007; 8:33.
125. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. *Pragmática da Comunicação Humana. Um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interacção*. São Paulo: Editora Cultrix, Ltdª; 1967.p.73.
126. Bitti PR, Zani B. *A Comunicação como Processo Social*. Lisboa: Editorial Estampa; 1997.
127. Habermas J. *Racionalidade e Comunicação*. Lisboa: Edições 70, Lda; 1996.
128. Jackson JL, Kroenke K. Managing Somatization. Medically Unexplained Should Not Mean Medically Ignored. *J Gen Intern Med*. 2006; 21(7):797–9.
129. Schneider A, Horlein E, Wartner E, Schumann I, Henningsen P, Linde K. Unlimited access to health care – impact of psychosomatic co-morbidity on utilization in German general practices. *BMC Family Practice* 2011;12:51. DOI:10.1186/1471-2296-12-51.



130. Reid S, Wessely S, Crayford, Hotopf M. Frequent attenders with medically unexplained symptoms: service use and costs in secondary care. *Br J Psychiatry* 2002; 180:248-253.
131. Alexandre C. Lombalgia, Demasiada investigação radiológica? *Rev Port Clin Geral* 1989;6(6):170-5.
132. Salmon P, Dowrick C, Ring A, Humphris G. Voiced but unheard agendas: qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners. *Br J Gen Pract* 2004; 54:171-6.
133. Ring A, Dowrick C, Humphris G, Salmon P. Do patients with unexplained physical symptoms pressurise general practitioners for somatic treatment? A qualitative study. *BMJ* 2004; doi:10.1136/bmj.38957.622639.EE .
134. Little P, Dorward M, Warner G, Stephens K, Senior J, Moore M. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. *BMJ* 2004. doi:10.1136/bmj.38013.644086.7C
135. Mailis-Gagnon A, Nicholson K, Yegneswaran B, Zurowski M. Pain characteristics of adults 65 years or older referred to a tertiary care pain clinic. *Pain Res Manage* 2008;13(5):389-94.
136. Salmon P, Peters S, Clifford R, Iredale W, Gask L, Rogers A *et al.* Why do General Practitioners Decline Training to Improve Management of Medically Unexplained Symptoms? *Society of General Internal Medicine* 2007;22:565-71.
137. Dowrick CF, Ring A, Humphris GM, Salmon P. Normalisation of unexplained symptoms by general practitioners: a functional typology. *Br J Gen Pract* 2004; 54:165-70.
138. Kirmayer L, Robbins J, Dworkind M, Yaffe M. Somatization and the recognition of anxiety and depression in primary care. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 734-41.
139. Ibeziako P, Bujoreanu S. Approach to psychosomatic illness in adolescents. *Curr Opin Pediatr* 2011;23:000–000. DOI:10.1097/MOP.0b013e3283483f1c.

140. Dowrick C, Gask L, Hughes JG, Charles-Jones H, Hogg JA, Peters S, Salmon P, Rogers AR, Morriss RK. General practitioners' views on reattribution for patients with medically unexplained symptoms: a questionnaire and qualitative study. *BMC Family Practice* 2008; 9:46. DOI:10.1186/1471-2296-9-46.
141. Kessler D, Hamilton W. Normalization: horrible word, useful idea. *Br J Gen Pract* 2004; Março:163-2.
142. Gask L, Dowrick C, Salmon P, Peters S, Morris R. Reattribution reconsidered: Narrative review and reflections on an educational intervention for medically unexplained symptoms in primary care settings. *Journal of Psychosomatic Research* 2011; 71:325–34
143. Peters S, Rogers A, Salmon P, Gask L, Dowrick C, Towey M, Clifford R, Morriss R. What Do Patients Choose to Tell Their Doctors? Qualitative Analysis of Potential Barriers to Reattributing Medically Unexplained Symptoms. *J Gen Intern Med* 2008;24(4):443–9. DOI: 10.1007/s11606-008-0872-x.
144. Rief W. Analyzing the Problems in Managing Patients with Medically Unexplained Symptoms. *J Gen Intern Med* 2007; 22:704-706. DOI: 10.1007/s11606-007-0151-2.
145. Gordon GH: Treating somatizing patients. *West J Med* 1987 Jul; 147:88-91.
146. Creed F. Should general psychiatry ignore somatization and hypochondriasis? *World Psychiatry* 2006; 5:3.
147. Hartman TC, Hassink-Franke LJ, Lucassen PL, van Spaendonck, van Weel C. Explanation and relations. How do general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: a focus group study. *BMC Family Practice* 2009;10:68. DOI:10.1186/1471-2296-10-68.
148. Gordon GH, Baker LH, Boverman J. Successful medical and psychological management of recurring chest pain and frequent hospital admissions in a patient with coronary artery disease. *West J Med* 1994;160:371-5.
149. Weiss R, Fogelman Y, Yaphe J. Somatization in response to undiagnosed obsessive compulsive disorder in a family. *BMC Family Practice* 2003, 4:1.

150. Chambers TL. Semeiology—a well established and challenging paediatric speciality. *Arch Dis Child* 2003;88:281–2.
151. Jerjes W, Madland G, Feinmann C, El-Maaytah M, Kumar M, Colin Hopper C, Upile T, Newman S. Psycho-education programme for temporomandibular disorders: a pilot study. *Journal of Negative Results in BioMedicine* 2007, 6:4 DOI:10.1186/1477-5751-6-4.
152. Sattel H, Lahmann C, Gündel H, Guthrie E, Kruse J, Noll-Hussong M, Ohmann C, Ronel J, Sack N, Sauer N, Schneider G and Henningsen P. Brief psychodynamic interpersonal psychotherapy for patients with multisomatoform disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2012; 200:60-67. DOI: 10.1192/bjp.bp.111.093526
153. Oyama O, Paltoo J, Greengold J. Somatoform disorders. *Am Fam Physician* 2007;76:1333-8.
154. Barsky AJ, Borus JF. Functional Somatic Syndromes. *Ann Intern Med* 1999;130(11):910-921.
155. Peters S, Stanley I, Rose M, Kaney S, Salmon P. A randomized controlled trial of group aerobic exercise in primary care patients with persistent, unexplained physical symptoms. *Family Practice* 2002; 19:665-74.
156. Escobar JI, Gara MA, Diaz-Martinez AM, Interian A, Warman M, Allen LA et al. Effectiveness of a Time-Limited Cognitive Behavior Therapy-Type Intervention Among Primary Care Patients With Medically Unexplained Symptoms. *Ann Fam Med* 2007; 328-335. DOI: 10.1370/afm.702.
157. Sumathipala A. What is the Evidence for the Efficacy of Treatments for Somatoform Disorders? A Critical Review of Previous Intervention Studies. *Psychosom Med* 2007; 69:889-900.
158. Raine R, Haines A, Sensky T, Hutchings A, Larkin K, Black N. Systematic review of mental health interventions for patients with common somatic symptoms: can research evidence from secondary care be extrapolated to primary care? *BMJ* 2002;325:2-11.
159. Kolk AMM, Schagen S, Hanewald GJFP. Multiple medically unexplained physical symptoms and health care utilization. Outcome of psychological intervention and patient-related predictors of change. *J Psychosom Res* 2004; 57: 379–89.

160. Luo Z, Goddeeris J, Gardiner JC, Smith RS. Costs of an Intervention for Primary Care Patients With Medically Unexplained Symptoms: A Randomized Controlled Trial. *Psychiatr Serv.* 2007 ; 58(8):1079–86. doi:10.1176/appi.ps.58.8.1079.
161. Smith RC, Lyles JS, Gardiner JC, Sirbu C, Hodges A, Collins C *et al.* Primary Care Clinicians Treat Patients with Medically Unexplained Symptoms: A Randomized Controlled Trial. *J Gen Intern Med* 2006; 21:671–7. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2006.00460.x.
162. Speckens AEM, Hemert AM, Spinhoven P, Hawton KE, Bolk JH, Rooijmans HGM. Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a randomised controlled trial. *BMJ* 1995;311:1328-32.

## PARTE II

### Estudos empíricos



## **Estudos e objetivos**

O conhecimento dos doentes com sintomas somatoformes, ou seja com sintomas físicos para os quais não se encontra qualquer doença orgânica, é construído a partir de três estudos, dois de tipo quantitativo e um qualitativo. Os dois estudos quantitativos procuram demonstrar que os sintomas físicos fazem parte da população normal, são frequentes motivos de consulta em medicina geral e familiar, que os doentes têm hipóteses causais para os seus sintomas e que o conhecimento destas cognições é importante para o diagnóstico e para a terapêutica. No terceiro estudo, com metodologia qualitativa, pretendeu-se avaliar as perceções das experiências dos doentes quando recorreram à consulta com os seus sintomas somatoformes e, para além disso, recorrendo à sua experiência como doente e tomando em consideração situações idênticas às suas observadas em terceiros, procurou-se saber que ideia tinham sob a forma como devem ser ajudados pelos serviços de saúde.

Na apresentação dos três trabalhos, decidimos por uma ordenação baseada segundo as hipóteses de investigação do projeto:

1. Os sintomas físicos fazem parte do dia-a-dia da população. Assim o objetivo primário do primeiro estudo, “Frequência dos sintomas físicos na população de uma USF: estudo transversal”, foi avaliar a frequência de sintomas físicos na população de uma USF urbana.
2. No estudo “Frequência de consultas em medicina geral e familiar com sintomas somatoformes: estudo descritivo”, procurou-se demonstrar que os doentes com sintomas somatoformes são frequentes na consulta de MGF e que o clínico tem uma boa acuidade diagnóstica.
3. Na consulta de MGF, perante doentes com sintomas somatoformes, o clínico lida com um elevado nível de incerteza, no diagnóstico, nas abordagens clínicas e nas terapêuticas que a literatura médica só parcialmente ajuda a ultrapassar, pelo que se decide, inspirado no Método Clínico Centrado no Paciente, questionar os próprios doentes sobre o modo como gostariam de ser tratados pelos serviços de saúde na situação de sofrimento com sintomas físicos sem doença orgânica.

Antes de iniciar a investigação a Diretora do Centro de Saúde de Oeiras, Dr.<sup>a</sup> Leonor Lima, foi informada do pretendido, do impacto que o estudo tinha para os serviços e o custo referente ao envio dos inquéritos, já que a resposta seria da nossa responsabilidade. Esta autorização foi retificada pelo Diretor Executivo do ACES de Oeiras que lhe sucedeu, Dr. Vítor Cardoso (Anexo 1). Em Reunião Geral da USF São Julião informámos da nossa intenção de investigação tendo sido obtido o acordo de toda a unidade que se prontificou a colaborar.

O presente projeto designado de “Sintomas Somatoformes em Medicina Geral e Familiar” foi aprovado pela Comissão de Ética, da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Nova de Lisboa, (Anexo 2) e encontra-se registado, como estudo observacional, na Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd), com o Processo nº 10593/2011.

Antes de se apresentar estes três trabalhos sob a forma de artigo descreve-se, para cada um deles, alguns aspetos relacionados com a opção metodológica, o contexto e as especificidades dos métodos usados.

### **Frequência dos sintomas físicos na população de uma USF: estudo transversal.**

O objetivo primário foi avaliar a frequência e o tipo de sintomas físicos na população registada numa Unidade de Saúde Familiar (USF) em Portugal. Secundariamente pretendia-se ter uma ideia sobre o tipo de comportamento que os sujeitos tinham perante os sintomas. No entanto, este conhecimento só poderia ser de modo genérico para todos os sintomas mencionados no questionário que utilizámos, dado que o conhecimento sintoma a sintoma complicava muito o questionário e, com isso, receámos que reduzisse consideravelmente a taxa e a fidedignidade das respostas. Recorreu-se à lista de utentes, entre os 20 e 69 anos, registados na USF São Julião, do Centro de Saúde de Oeiras, no total de 8 840. Optou-se por excluir os sujeitos com menos de 20 anos por prevermos maiores dificuldades de adesão e dificuldade em serem os próprios a responder. Limitámos a idade máxima aos 69 anos, por entendermos haver uma elevada probabilidade de multipatologia que dificilmente deixará margem para ter sintomas não atribuíveis a qualquer das patologias de base, para além disso, aumentava a probabilidade de enviarmos



o questionário a alguém já falecido mas ainda constante no ficheiro da USF. Para o cálculo da dimensão da amostra foi considerada uma prevalência esperada de 0,50, uma margem de erro de 0,05% e uma confiança de 95% obtendo-se uma dimensão de 372 indivíduos. Admitindo uma taxa de resposta de 60%, o questionário foi enviado a 600 indivíduos selecionados aleatoriamente. A previsão de 60% foi baseada na literatura que refere, para uma amostra inferior a 1000 sujeitos, uma taxa de resposta de 61%<sup>1-3</sup>. A amostra foi escalonada por grupos etários de 10 anos de modo a cada escalão etário ter uma representação proporcional, por idade e por sexo, semelhante à observada na população inscrita.

No momento da tomada de decisão sobre a lista de sintomas a utilizar tomámos em consideração os seguintes critérios: 1) ser um inventário de sintomas e não tanto instrumento de diagnóstico de psicopatologia; 2) estar traduzido para Português europeu; 3) estar validado para a população portuguesa; 4) estar, aparentemente, próximo da cultura portuguesa; 5) permitir o autopreenchimento sem ajuda técnica.

Tendo presente estes critérios, considerámos os seguintes instrumentos:

1. PHQ-15 (*Patient Health Questionnaire 15-item Somatic Symptom Severity Scale*)<sup>4</sup> não tinha quaisquer sintomas referentes à garganta, sintoma que, com base na experiência clínica, considerávamos importante na situação de doentes com sintomas sem explicação por doença orgânica. Destina-se a avaliar a gravidade dos sintomas somatoformes e não estava validado para português.
2. A SOMS (*Screening for Somatoform Symptoms*)<sup>5</sup> consiste numa lista com os 53 sintomas somatoformes da DSM-IV e da CID-10 que definem a somatização. O instrumento avalia cada sintoma nas dimensões intensidade e gravidade, percecionado nos últimos 7 dias (SOMS-7) ou nos últimos 2 anos (SOMS-2). Embora seja um instrumento para rastreio de perturbações somatoformes, nada impede a que se use como inventário de sintomas, no entanto o fato de ter 53 sintomas torna-a demasiado complexa para confiar no autopreenchimento, por via postal e sem apoio técnico. Só no final de 2008, tomámos conhecimento da tradução para português por Fabião *et al.*<sup>6</sup> a que se sucedeu, 3 anos

depois, a publicação do trabalho de validação da versão reduzida da R-SOMS-2 (versão reduzida da SOMS-2) para o rastreio das perturbações somatoformes<sup>7,8</sup>.

3. O QMFME (Questionário de Manifestações Físicas de Mal-Estar) deriva do *Psychosomatic Symptom Checklist*, com 17 itens, vulgarmente conhecido por *SUNYA* (por ter sido testado na população estudantil da universidade de *SUNY*, em Albany, estado de Nova Iorque) e do *Physical Symptoms* com 12 itens dos quais se juntam os sete não partilhados pelos dois instrumentos. O questionário com 24 itens, após o ensaio piloto, ficou reduzido a 19, sendo eliminados 4 dos itens do *Physical Symptoms* e 1 do *Psychosomatic Symptom Checklist*. Este questionário é um inventário de sintomas, adaptado e validado para Português europeu<sup>9</sup>, pelo Professor Doutor Pais Ribeiro<sup>1</sup>. A validade convergente discriminante é aceitável e a validade de constructo mostra que avalia medidas de saúde mental e outras que não são de saúde mental.

Decidiu-se pelo QMFME tendo sido solicitada autorização ao autor para a sua utilização.

No Anexo 2 apresentamos a folha de inquérito e no Anexo 3 a carta enviada aos utentes da amostra.

O envio do QMFME oferecia ao utente a oportunidade de corrigir os dados constantes no ficheiro da USF, se identificasse alguma discrepância. Neste caso os dados de identificação eram entregues aos administrativos para efeitos de correção sem que estes tivessem acesso a qualquer dado do questionário. Porque nos preocupava e considerávamos previsível uma baixa taxa de respostas, resolvemos testar uma estratégia apontada pelo *marketing* para aumentar a aderência. Também Brennan<sup>3</sup> defende a oferta de brinde como uma estratégia para melhorar a taxa de respostas a inquéritos postais. Assim testámos o efeito de um pequeno brinde sobre a taxa de respostas. Para o efeito enviámos, a metade da amostra, um folheto a cores, elaborado pelo

---

<sup>1</sup> Psicólogo com Doutoramento em Psicologia e Saúde. Fundador da Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde e membro da The European Health Psychology Society.

autor, com informação sobre a USF e os seus serviços. Contudo, o número de respostas obtidas foi exatamente o mesmo (100) nos dois grupos.

Considerando o reduzido número de respostas, decidiu-se enviar um recordatório aos não respondentes e não devolvidos pelo correio, embora consciente que, segundo Asch *et al.*<sup>2</sup>, o recordatório aumenta apenas em 12% a taxa de resposta.

### **Frequência de consultas em medicina geral e familiar com sintomas somatoformes: estudo descritivo.**

Os objetivos primários deste estudo foram conhecer a proporção de consultas a doentes com queixas somatoformes, em medicina geral e familiar de uma USF urbana, e avaliar a evolução das queixas 6 meses após a consulta inicial. Como objetivos secundários destacamos o conhecimento sobre: 1) a proporção de doentes que tinham alguma hipótese causal para os seus sintomas; 2) o tipo de procedimentos usados na abordagem terapêutica; 3) as co-morbilidades mais frequentes; 4) a associação com síndromes funcionais.

Para o efeito foi elaborada uma matriz de notificação de doentes com sintomas somatoformes (Anexo 4) que durante 1 semana foram à consulta dos médicos da USF São Julião. Escolheu-se uma semana da segunda quinzena de Outubro por ser um período em que todos os clínicos se encontravam ao serviço e, em princípio, em atividade estável. Cada clínico declarou o total de consultas realizado durante o período de estudo. Previamente ao início do estudo, fizemos uma reunião com todos os médicos que se dispuseram a participar, apresentando os objetivos do estudo e o instrumento de colheita de dados. O critério de diagnóstico foi exclusivamente o julgamento clínico. No momento da consulta, perante o doente com sintomas, se o clínico colocasse como hipótese mais provável a não existência de doença orgânica, preenchia a ficha de notificação podendo, para além dos sintomas do QMFME, acrescentar outros. Para além disso, este instrumento de registo tinha outras questões secundárias entre as quais perguntar explicitamente ao doente se tinha alguma explicação para os seus sintomas. Durante o estudo colocámos diariamente na secretária de cada um dos clínicos participantes, antes de iniciar a consulta, um aviso sobre o estudo e com os impressos de notificação que, no final da

consulta eram recolhidos. Escolhemos apenas uma semana de observação porquanto entendemos ser o fenómeno frequente e que tempos mais longos seriam redundantes.

### **O que pensam os doentes com sintomas somatoformes. Estudo qualitativo**

Este estudo surge na sequência da tomada de consciência que, apesar das muitas propostas de abordagens terapêuticas para os doentes com sintomas somatoformes, a grande maioria tem origem na ideia de que o médico é o que mais sabe e, portanto, são elaboradas no princípio de que ele é que sabe o que é bom para o doente. No entanto, como a própria designação de “sintoma físico não explicado medicamente” diz, nestes doentes o que está em causa é precisamente a incapacidade de o médico conhecer a natureza e a causa da queixa apresentada pelo doente. Poucos são os estudos que visam conhecer as experiências dos doentes nos contactos com os serviços de saúde, menos ainda os que procuram estudar a forma como percebem e pensam sobre os sintomas. Para além disso é praticamente inexistente a investigação que procure conhecer a forma como estes doentes desejariam ser tratados. Para este feito, optámos por metodologia qualitativa porquanto partilhamos a ideia de outros autores que entendem ser o melhor meio de aceder ao mundo das emoções, dos pensamentos, das vivências e de conhecer o impacto das intervenções dos serviços de saúde<sup>10</sup>. Não estava em questão a confirmação ou refutação de uma hipótese mas antes o estudo de um fenómeno que não está disponível de outro modo. Não estava em questão o estudo da correlação entre quaisquer variáveis mas antes a descrição de um fenómeno, com o fim de contribuir para uma teoria ou despertar uma hipótese. Estamos, no entanto, conscientes que nesta descrição do fenómeno, neste caso das representações dos doentes acerca dos seus sintomas, “os factos que encontrarmos não falam só por si mas estão impregnados pelas nossas assumpções”<sup>11</sup>. Dentro da diversidade de métodos qualitativos optámos pela entrevista seguida de análise qualitativa de conteúdo. Esta pode ser definida como o recurso a categorias analíticas que ajudam a interpretar o material a estudar e a descrevê-lo nas suas particularidades específicas<sup>12</sup>. Esta análise assenta no postulado de que a repetição dos elementos do discurso revela os centros de interesse e as

preocupações dos atores (Thiétart, *apud* Bonneville *et al.*<sup>4</sup>). Da análise de conteúdo, focada nos significados, fazem parte as fases de codificação, categorização e interpretação. Neste processo utilizámos apenas instrumentos artesanais de marcadores de cores e grelhas de sinopse (Anexo 5), não só por razões económicas mas também porque a pequena dimensão do “universo de análise qualitativa” não justificava o investimento num sistema informático de análise de conteúdo, genericamente designados de CAQDAS (*Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software*). De acordo com Guerra<sup>13</sup>, designamos “universo de análise qualitativa” o que nos estudos quantitativos se designa de amostra, a fim de vincar as diferenças de metodologia que estão na base da sua formação. No caso do presente estudo qualitativo trata-se de uma amostra não probabilística, com os sujeitos de observação selecionados segundo o critério de terem sido classificados, pelos respetivos médicos, como tendo sintomas físicos não explicados por doença orgânica e se disponibilizarem para a entrevista. A lista que cada clínico deu com os doentes com sintomas somatoformes identificadas em consultas há mais de 6 meses, foi-lhes devolvida para que os próprios contactassem 3 a 5 doentes e lhes pedissem para participarem na entrevista e autorizarem o entrevistador a telefonar para a marcar. nenhuns dos doentes do universo de análise qualitativa eram da lista do entrevistador. De início previu-se que 15 entrevistas seriam suficientes para saturar a informação.

Cada entrevista começou pela autoapresentação formal do entrevistador a que se sucedeu uma conversa neutra, sem conteúdo mas com função fáctica e de ajudar o entrevistado a se adaptar ao ambiente transacional, com o objetivo de facilitar a construção da relação. Seguiu-se a descrição dos objetivos da entrevista, pediu-se autorização para gravar e apresentou-se uma declaração de consentimento (Anexo 6), dando-se tempo ao entrevistado para a ler. Quando existiu incapacidade de leitura o entrevistador leu-a em voz alta. As entrevistas foram áudio-gravadas e transcritas. Como metodologia de garantia da validade do estudo optou-se pela *comunicativa* (*communicative validity*<sup>14</sup>) através da supervisão de três validadores que acompanharam o processo de construção do guião da entrevista e validaram a codificação, categorização e interpretação da transcrição *verbatim* das entrevistas. Dos três validadores dois

tinham experiência com metodologias qualitativas, um educacionista e um médico psiquiatra. O terceiro elemento, embora com menor experiência em metodologia qualitativa, era especialista de medicina geral e familiar.

O processo de categorização é uma das fases da análise qualitativa que consiste na definição de categorias, entendidas como “*uma palavra ou expressão que designa, com um elevado nível de abstração, um fenómeno cultural, social ou psicológico, de modo a tornar-se perceptível dentro de um corpo de dados*”<sup>15</sup>. É uma fase do ciclo interpretativo do texto que se resume a um processo iterativo de construção-desconstrução. Pode ser feito *a priori* (categorias fechadas) em que as categorias se definem antes da análise do texto, *a posteriori* (categorias abertas) se são concebidas por indução após a análise repetida do texto, ou de modo misto quando as duas se conjugam<sup>7,16</sup>. No nosso caso, optámos por uma categorização mista em que, numa primeira fase, se procedeu à realização de duas entrevistas piloto de cuja análise se definiram as categorias *a posteriori* e que foram validadas pelo júri de validadores. Na segunda fase, nas 15 entrevistas do estudo já utilizámos as categorias fechadas.

Na análise da entrevista assumimos trabalhar num quadro conceptual mais próximo do emocionalismo. Estava em causa conhecer as experiências vividas pelos entrevistados e desejávamos a descrição dos factos emocionalmente “contaminada”. Ao contrário da abordagem positivista, que vê o entrevistado como um contendor de factos que a entrevista fará emergir de modo puro e independente de entrevistador e de entrevistado, reconhecíamos que a chave da entrevista residia no estabelecimento de uma relação, com a preocupação omnipresente de evitar manipular o entrevistado e, embora usando um guião com perguntas exclusivamente abertas, não éramos escravos do mesmo, deixando a narrativa fluir à vontade do respondente e estimulando a expressão emocional, algo que é proibido no positivismo que considera os intervenientes como “objetos”. De acordo com Norman Denzin (*apud* Silverman<sup>3</sup>) os principais motivos para escolher a abordagem emocionalista são: 1) permite ao entrevistado usar o seu modo peculiar de descrever o mundo; 2) assume que a sequência fixa das questões não se adapta a todos; e 3) permite aos respondentes trazerem à liça aspetos importantes que não se encontram no

guião. Porque estávamos conscientes, de acordo com Holstein e Gubrium, que “entrevistador e respondente colaboram na construção dos significados das narrativas da entrevista”,<sup>17</sup> tivemos a preocupação de, durante a entrevista, não emitir qualquer opinião pessoal sobre alguns assuntos que o entrevistado levantava sem prejuízo de o fazermos no final, já com a entrevista dada por terminada e com o gravador desligado e numa atitude de respeito pelo entrevistado. No Anexo 7, encontra-se uma tabela com o resumo de comparação das categorias e dimensões referentes às 15 entrevistas.

## Referências bibliográficas

1. Cummings SM, Savitz LA, Konrad TR. Reported Response Rates to Mailed Physician Questionnaires. *HRS: Health Services Research* 2001;36(6):1347-55.
2. Asch DA, Jedrzejewski MK, Christakis NA. Response Rates to Mail Surveys Published in Medical Journals. *J Clin Epidemiol* 1997;50(10):1129-1136.
3. Brennan M. Techniques for Improving Mail Survey Response Rates. *Marketing Bulletin* 1992;3:24-37.
4. Kroenke K, Spitzer RL, Janet B, Williams W. The PHQ-15: Validity of a New Measure for Evaluating the Severity of Somatic Symptoms. *Psychosom Med* 2001; 64:258–266.
5. Rief W e Hiller W. A New Approach to the Assessment of the Treatment Effects of Somatoform Disorders. *Psychosomatics* 2003; 44:492–8.
6. Fabião C, Barbosa A, Flemming M, Silva C. Rastreio da Perturbação de Somatização. Nos Cuidados Primários de Saúde. Resultados de um Estudo Piloto. *Acta Med Port* 2008; 21:319-28.
7. Fabião C, Silva MC, Barbosa A, Fleming e Rief W. *Assessing medically unexplained symptoms: evaluation of shortened version of the SOMS for use in primary care*. BMC Psychiatry 2010, 10:34. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/10/34>.
8. Fabião, MCM. *Rastreio e Diagnóstico da Somatização em Cuidados Primários: Validação da Screening for Somatoform Symptoms-2*. Porto. Tese [Doutorado em Ciências Médicas] – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto; 2010.



9. Ribeiro JLP. Questionário de Manifestações Físicas de Mal-estar. Aguarda publicação. Disponível em <http://www.fpce.up.pt/docentes/paisribeiro/testes/manual.htm>. [acedido em 27 Novembro 2008]
10. Pilar PI. Living with diabetes: quality of care and quality of life. *Patient Preference and Adherence* 2011;5:65-72.
11. Silverman D. *Interpreting Qualitative Data*, 3rd edition. London: SAGE Publications, Ltd; 2006.p.1.
12. Bonneville L, Grosjean S, Lagacé M. *Introduction aux methods de recherche en communication*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur; 2007.p.192.
13. Guerra IC. *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo. Sentidos e formas de uso*. Cascais: Princípia Editora, Ltd; 2008.
14. Kvale S. *Doing Interviews*. London: SAGE Publications, Ltª, 2007.p.124-5.
15. Bonneville L, Grosjean S, Lagacé M. *Introduction aux methods de recherche en communication*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur; 2007.p.199.
16. Hespanhol AP. *Condições do Exercício da Clínica Geral no Norte de Portugal*. Tese de Doutoramento. Faculdade de Medicina do Porto; 1996.p.81-2.
17. Holstein JA, Gubrium JF. *The Active Interview*. Qualitative Research Methods Series, v. 37. California: SAGE Publications, Inc ; 1995.



## **FREQUÊNCIA DOS SINTOMAS FÍSICOS NA POPULAÇÃO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR PORTUGUESA: ESTUDO TRANSVERSAL**

### **RESUMO**

**Contexto.** Segundo a literatura, a prevalência dos sintomas físicos varia entre 8 e 80%. Esta grande variação é consequência da diversidade de populações em estudo, métodos usados, definições operativas, locais de prestação de cuidados e métodos de colheita de dados. A sua omnipresença na vida quotidiana faz deles elementos “normais” da vida. Contudo, também podem indiciar patologia orgânica e psíquica sendo, por isso, motivos frequentes de procura de cuidados de saúde e, na ausência de doença, são de difícil terapêutica, com risco significativo de medicalização e iatrogenia, causa de desacordo entre médico e doente, com deterioração da relação médico-doente, pondo em risco a saúde mental de profissionais e doentes.

**Objetivos.** Avaliar a frequência dos sintomas físicos na população registada numa Unidade de Saúde Familiar (USF) em Portugal.

**Metodologias.** Estudo transversal por inquérito postal, com o “Questionário de Manifestações Físicas de Mal-estar” (QMFME), com 19 sintomas e as dimensões frequência e intensidade, fez-se envio e reenvio a uma amostra aleatória de utentes dos 20 aos 69 anos, inscritos numa USF. Foram calculados intervalos de confiança e a distribuição das respostas entre sexos foi comparada pelo teste exato de Fisher.

**Resultados.** Receberam-se 229 respostas válidas, com uma taxa de resposta de 38,1%, com 55,5% do género feminino. A habilitação mais frequente foi o curso superior (43,7%) e a menos os analfabetos (1,3%). A maioria tinha um ou mais sintomas uma vez por semana (72,9%). Os mais frequentes foram as dores de costas e a fadiga (ambos com 40%), as dores musculares (30%), a insónia e a dor de cabeça (26%). Estes sintomas são mais frequentes no género feminino que no masculino, com *odds ratio* superiores a 2. Procuraram

o médico 57,2%, o farmacêutico 7%, não fizeram nada 16,6% e 18,3% auto-medificaram-se.

**Conclusão.** Na população estudada, os sintomas físicos são frequentes e mais de dois terços da população adulta tem um ou mais sintomas numa semana. Os mais frequentes são a fadiga e os sintomas álgicos (costas, cabeça e músculos). Cerca de metade dos que têm um ou mais sintomas por semana procuram os cuidados médicos.

## INTRODUÇÃO

Diversos estudos efectuados durante a segunda metade do século XX sugerem uma elevada incidência de sintomas físicos. Esta tem sido estimada recorrendo a amostras aleatórias da população residente, ou de conveniência formadas por sujeitos que, por qualquer motivo, procuram um determinado serviço de saúde. Em diversos países foram encontrados valores de incidência mensal de sintomas físicos entre os 68 e 84%, e, quase sempre, com maior significado nas mulheres<sup>1-6</sup>. Nos estudos efectuados, o recurso aos cuidados de saúde não é proporcional ao peso da morbilidade manifestada, sendo que apenas 25 a 33% das situações determinam a procura de consulta médica<sup>2-4,7</sup>.

Muitos dos sintomas físicos não são explicáveis por doença orgânica. A estes sintomas físicos, não explicados por uma doença orgânica mas que motivaram a procura de cuidados de saúde, designamos de “sintomas somatoformes”. Estes são sinónimos do que a literatura anglo-saxónica designa de *Medically Unexplained Physical Symptoms* (MUPS), que Melville<sup>8</sup> descreveu como os sintomas físicos que determinam no doente um comportamento de procura de cuidados de saúde e, após apropriada investigação médica, permanecem sem explicação.

Existe uma grande disparidade na literatura publicada quanto à proporção, na população, de sintomas físicos que não têm explicação orgânica (16 a 60,6%)<sup>9,10</sup>. Parte desta disparidade é explicada pela grande variedade de desenhos usados neste tipo de estudos, nomeadamente, o tipo de população em estudo, o momento da história natural do sintoma, o local, as fontes de informação, os instrumentos de medição<sup>11,12</sup>. No entanto, independentemente da magnitude, existe uma clara repercussão na qualidade de vida destas

peessoas<sup>13</sup>. Dos sintomas físicos encontrados, o mais frequente é a dor<sup>14-16</sup>. Para além disso, é conhecido que os doentes com sintomas somatoformes, quando comparados com a população em geral, têm mais co-morbilidade psiquiátrica<sup>17,18</sup>, consultas no ano<sup>19</sup>, referenciações a psiquiatria, testes de diagnóstico, medicação somática e psiquiátrica<sup>20,21</sup>. No seu conjunto os sintomas somatoformes representam uma sobrecarga para os serviços de saúde, com o risco de evoluírem para a cronicidade<sup>21</sup> e os seus portadores adquirirem comportamentos de hiper-utilizadores<sup>16</sup> se não forem identificados e tratados atempada e adequadamente.

Os estudos realizados recorrem a entrevistadores que aplicam questionários, a sujeitos que estão a usar os serviços de saúde. Deste modo excluem os não utilizadores, podendo não medir a prevalência dos sintomas físicos na população em geral, independentemente de estarem ou não a usar os serviços de saúde. Também não conhecemos estudos que se debrucem sobre os comportamentos de procura de cuidados perante os sintomas físicos. Assim, no presente estudo pretende-se determinar, através de inquérito postal, a frequência de sintomas físicos na população inscrita numa Unidade de Saúde Familiar (USF), distribuição por sexo e os consequentes comportamentos de procura de cuidados de saúde.

## **METODOLOGIA**

Para o presente estudo transversal recorreu-se à lista de utentes registados numa unidade suburbana de cuidados de saúde primários (USF São Julião, Oeiras), demograficamente jovem e com um nível de escolaridade superior à média nacional<sup>33</sup>. Identificou-se e listou-se a população dos 20 aos 69 anos, com um total de 8 840 indivíduos. Para o cálculo da dimensão da amostra recorreu-se a um programa informático disponível para o efeito<sup>22</sup>. Utilizou-se uma amostra estratificada por sexo e por grupos etários de 10 anos, de modo a cada escalão etário ter uma representação proporcional por sexo semelhante à observada na população inscrita. Considerando uma prevalência esperada de 50%, uma margem de erro de 5% e uma confiança de 95% obteve-se uma dimensão da amostra de 372 indivíduos. A literatura<sup>23-25</sup> refere uma taxa de resposta de 61% para amostras inferiores a 1000 sujeitos. Assim, admitiu-se

uma taxa de resposta de 62%, tendo em consideração que se tratava de inscritos numa USF e partindo do pressuposto que a relação com a mesma seria um fator predisponente para responder. A selecção de 600 indivíduos foi aleatória, sem reposição e utilizando o *software* MySQL. Para respeitar as proporções de estratificação, a amostra final foi de 601 utentes.

Utilizou-se o “Questionário de Manifestações Físicas de Mal-Estar” (QMFME)<sup>26</sup>, traduzido, adaptado e validado para Português europeu, pelo Professor Pais Ribeiro. O QMFME é um questionário com 19 sintomas, construído com 16 itens do *Psychosomatic Symptoms Checklist* e 3 do *Physical Symptoms*. Cada item tem as dimensões de frequência, graduada com 6 pontos (*diariamente, várias vezes por semana, uma vez por semana, uma vez por mês, menos de uma vez por mês, nunca ocorre*), e de intensidade, com 5 pontos (*extremamente incómodo, muito incómodo, moderadamente incómodo, ligeiramente incómodo, não é problema*).

Os questionários, para além de conterem a lista de sintomas do QMFME, pediam para mencionar a escolaridade, o sexo e a idade e o que fez perante os sintomas. Esta última questão considerava as respostas: “*Não fiz nada*”, “*tomei medicamento que tinha em casa*”, “*pedi conselho na farmácia*”, “*fui ao médico*” e “*outros*” e considerava a globalidade dos sintomas assinalados. Os inquéritos foram enviados, por via postal, para a morada constante na base de dados da USF São Julião, durante o mês de Setembro de 2008. Os inquéritos enviados tinham envelope com resposta paga, dirigido ao investigador e procedeu-se a um reenvio para os não respondentes e não devolvidos.

Os dados foram analisados com o SPSS utilizando estatística descritiva (distribuição etária, de género, das habilitações literárias e do tipo de comportamentos face aos sintomas). Fez-se análise estatística descritiva dos sintomas do QMFME, quanto à dimensão frequência, operacionalizada como variável dicotómica: igual ou superior a uma vez por semana e menos de uma vez por semana. Foram calculados os *odds ratios* e o respetivo intervalo de confiança (IC). As comparações das proporções entre grupos foram feitas através do teste exato de Fisher, adaptando um nível de significância de 0,05.

## RESULTADOS

Dos 601 questionários enviados, foram recebidos inicialmente 202 (sete dos quais inválidos) e devolvidos pelo correio 28. Aos 371 utentes não respondentes foi feito um segundo envio, tendo-se recebido 38 questionários adicionais (dois dos quais inválidos) e sido devolvidos pelo correio 19. Assim, receberam-se 229 questionários válidos, correspondendo a uma taxa de resposta de 38,1% (41,3% dos questionários entregues pelo correio).

Dos respondentes, 55,5% eram do sexo feminino e 44,5% do sexo masculino e a mediana das idades foi de 45 anos (amplitude inter-quartil 34,25-57,75). A distribuição etária dos respondentes difere com significado estatístico da amostra planeada, com menor número de respondentes no grupo dos 20 aos 29 anos e maior no grupo dos 60 aos 69 anos (quadro I). Não existiam diferenças entre a idade dos respondentes no primeiro e segundo envios.

**Quadro I.** *Distribuição etária na amostra planeada e nos respondentes\**

Idade (anos)	Amostra	Respondentes		
		1º envio	2º envio	Total
20 – 29	118	24	3	27
30 – 39	165	52	10	62
40 – 49	126	44	6	50
50 – 59	105	32	8	40
60 – 69	87	40	9	49
Não respondeu	0	1	0	1
Total	601	193	36	229

\* Teste exato de Fisher: para a comparação entre amostra e total de respondentes  $p = 0,027$ ; para a comparação entre primeiro e segundo envios  $p = 0,79$ .

O curso superior foi o grau de habilitação literária predominante, conforme o descrito no Quadro II. Quanto aos atributos género e escolaridade, não se encontraram diferenças, com significância estatística, entre os respondentes ao 1º e ao 2º envio.

Quadro II. Escolaridade dos respondentes\*

Escolaridade	1º envio	2º envio	Total	
			n	%
Não sabe ler/escrever	3	0	3	1.3
Sabe ler/escrever	6	1	7	3.1
4º ano	22	2	24	10.5
9º ano	26	8	34	14.8
12º ano	49	11	60	26.2
Curso superior	87	13	100	43.7
Não respondeu	0	1	1	0.4
Total	193	36	229	100

Teste exato de Fisher para a comparação entre 1º e 2º envio  $p = 0,57$

Mencionaram ter tido pelo menos um sintoma, com uma frequência semanal ou superior, 72,9% (IC95% 67,1-78,7) dos inquiridos. A Figura 1 evidencia que os sintomas mais frequentemente mencionados foram a dor nas costas e a fadiga, referidos por 40% dos respondentes como surgindo pelo menos uma vez por semana. Sucodem-se, por ordem de frequência decrescente, as dores musculares (30%), a insónia e a dor de cabeça (26%).

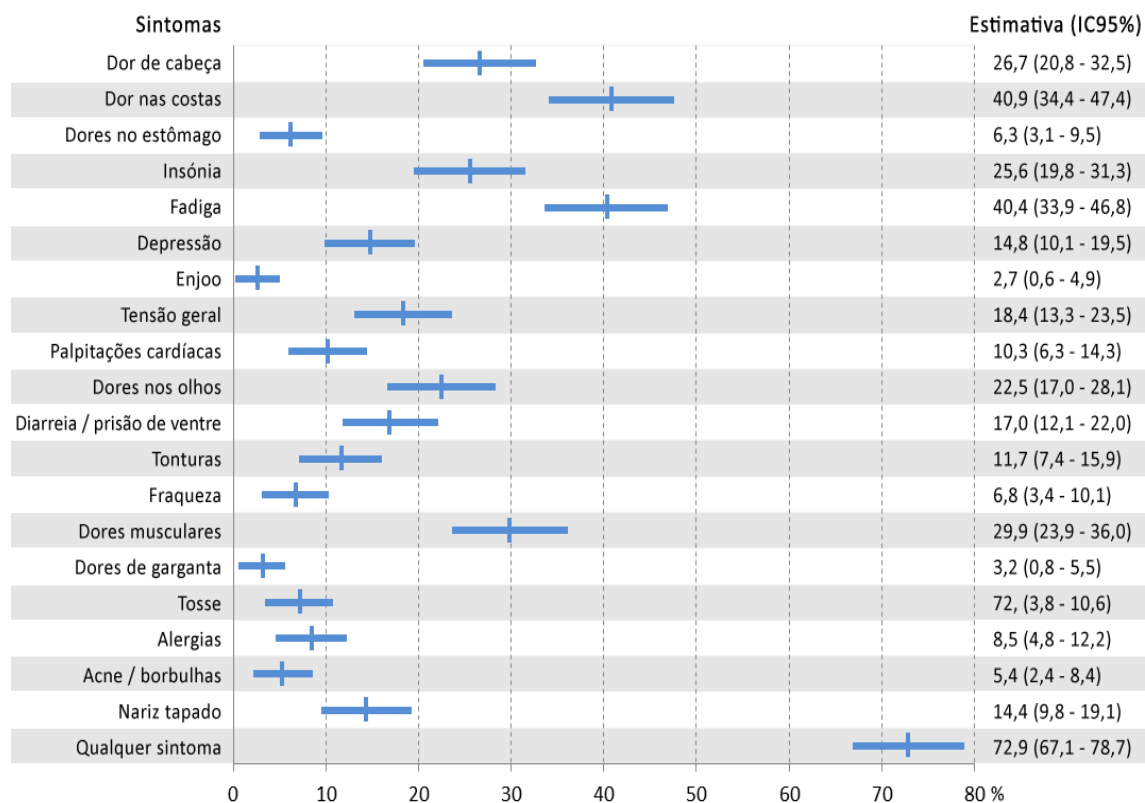


Figura 1. Proporção de utentes reportando sintomas com frequência semanal ou superior (estimativas e intervalos de confiança a 95%).

A presença de qualquer sintoma, com frequência semanal ou superior, foi maior no género feminino (86,6 vs 55,9%), bem como em 10 dos 19 sintomas individuais (quadro III).

**Quadro III.** *Sintomas, com frequência semanal ou superior, por género.*

<b>Sintoma</b>	<b>Mulheres (%)</b>	<b>Homens (%)</b>	<b>p*</b>	<b>Odds ratio (IC95%)**</b>
Dor de cabeça	35,5	15,8	<0,001	2,9 (1,5 – 5,6)
Dor nas costas	52,0	27,0	<0,001	2,9 (1,7 – 5,1)
Dores no estômago	8,2	4,0	0,27	2,1 (0,65 – 7,1)
Insónia	32,5	17,0	0,009	2,3 (1,2 – 4,5)
Fadiga	48,8	30,0	0,006	2,2 (1,3 – 3,9)
Depressão	19,5	9,0	0,036	2,5 (1,1 – 5,6)
Enjoo	3,3	2,0	0,70	1,6 (0,29 – 9,0)
Tensão geral	23,6	12,0	0,036	2,3 (1,1 – 4,7)
Palpitações cardíacas	11,3	9,1	0,66	1,3 (0,53 – 3,1)
Dores nos olhos	26,8	17,2	0,11	1,8 (0,92 – 3,4)
Diarreia/prisão de ventre	22,6	10,1	0,019	2,6 (1,2 – 5,6)
Tonturas	15,4	7,0	0,06	2,4 (0,98 – 6,0)
Fraqueza	9,8	3,0	0,06	3,5 (0,95 – 12,6)
Dores musculares	38,7	19,0	0,002	2,7 (1,5 – 5,0)
Dores de garganta	4,1	2,0	0,47	2,1 (0,39 – 10,8)
Tosse	7,3	7,1	1,0	1,0 (0,37 – 2,9)
Alergias	11,2	5,1	0,15	2,4 (0,82 – 6,8)
Acne/borbulhas	4,9	6,1	0,77	0,80 (0,25 – 2,5)
Nariz tapado	14,6	14,1	1,0	1,0 (0,49 – 2,2)
Qualquer sintoma	86,6	55,9	<0,001	5,1 (2,7 – 9,7)

\* Teste exato de Fisher. \*\* IC – intervalo de confiança.

A distribuição dos sintomas, com frequência semanal ou superior, por escolaridade é apresentada no Quadro IV. A tosse foi mais frequente nas

peessoas com o 9º ano de escolaridade, no entanto não se encontrou qualquer relação significativa entre os restantes sintomas e esta característica social.

**Quadro IV.** *Sintomas, com frequência semanal ou superior, por escolaridade.*

Sintoma	Não sabe ler / escrever (%)	Sabe ler / escrever (%)	4º ano (%)	9º ano (%)	12º ano (%)	Curso superior (%)	p*
Dor de cabeça	33,3	28,6	39,1	26,5	25,9	24,2	0,76
Dor nas costas	33,3	28,6	36,4	44,1	46,7	38,8	0,89
Dores no estômago	0,0	0,0	4,3	15,2	5,1	5,2	0,47
Insónia	0,0	28,6	21,7	24,2	30,5	23,7	0,89
Fadiga	0,0	28,6	52,2	39,4	47,5	36,1	0,38
Depressão	0,0	14,3	17,4	12,5	15,3	15,3	0,99
Enjoo	0,0	14,3	0,0	3,0	5,1	1,0	0,19
Tensão geral	33,3	14,3	21,7	12,1	18,6	19,6	0,84
Palpitações cardíacas	0,0	0,0	13,6	12,1	15,3	7,1	0,56
Dores nos olhos	0,0	28,6	31,8	15,2	22,0	23,7	0,71
Diarreia/prisão de ventre	0,0	14,3	13,6	24,2	22,0	13,3	0,56
Tonturas	33,3	16,7	8,7	5,9	11,9	13,4	0,53
Fraqueza	0,0	0,0	4,5	9,1	5,1	8,2	0,92
Dores musculares	66,7	28,6	39,1	36,4	32,2	23,5	0,30
Dores de garganta	0,0	0,0	9,1	9,1	1,7	1,0	0,10
Tosse	0,0	0,0	4,5	21,9	8,5	3,1	0,035
Alergias	0,0	14,3	13,0	9,1	6,8	8,2	0,80
Acne/borbulhas	0,0	14,3	4,5	3,0	5,1	6,2	0,75
Nariz tapado	0,0	0,0	13,6	21,2	11,9	15,5	0,52
Qualquer sintoma	66,7	57,1	83,3	67,6	68,3	76,0	0,49

\* Teste exato de Fisher.

Quanto aos comportamentos face aos sintomas, a maioria recorreu ao médico e 1/3 resolveu o problema sem recorrer a qualquer profissional de saúde



(Quadro V). Note-se que o nível de cuidados considerado é o máximo a que o sujeito recorreu. Este nível é atribuível à totalidade dos sintomas.

**Quadro V.** *Comportamento face aos sintomas*

<b>Comportamento</b>	<b>(n)</b>	<b>%</b>
Não fiz nada	38	16,6
Auto-medicação	42	18,3
Conselho de farmácia	16	7,0
Fui ao médico	131	57,2
Outro	2	0,9
Total	229	100,0

## **DISCUSSÃO**

Os sintomas constantes no “Questionário de Manifestações Físicas de Mal-Estar” (QMFME) são frequentes na população estudada, com cerca de 72,9% da população a referir ter, pelo menos uma vez por semana, um daqueles sintomas. Comparando com estudos anteriores constata-se que a frequência de sintomas físicos é semelhante à encontrada por outros autores na população inglesa<sup>1</sup> e estado-unidense<sup>2,4</sup>.

Na população nacional conhecemos apenas o estudo de Fabião *et al.*<sup>27</sup> que encontraram uma incidência de pelo menos um sintoma físico em 79,5% dos 122 respondentes ao questionário. Neste caso, a população foi constituída pelos utentes que, nos dias do estudo, foram ao centro de saúde por qualquer motivo e o questionário usado foi o SOMS-2 (*Screening for Somatoform Symptoms-2*) e com recurso a entrevistador o que dificulta a comparação. Analisando os sintomas partilhados pelos dois instrumentos (SOMS-2 e QMFME) constatamos que no estudo de Fabião *et al.* os sintomas “dores nas costas” e “dores de cabeça” tinham uma frequência de 34,4% e 32,8% e, no nosso, encontrámos valores de 40,9 e 26,7, respectivamente. Se

considerarmos o sintoma “*cansaço excessivo ou falta de forças*” do questionário SOMS-2 como o equivalente mais próximo do sintoma “*fadiga*” do QMFME, verificamos que o valor de 29,5%, encontrado por aqueles autores é mais baixo que os 40,4% da população do presente estudo. Outros autores<sup>6,10,13</sup> estudaram populações de doentes e encontraram igualmente como sintomas mais frequentes as dores de costas, musculares e de cabeça e a fadiga, no entanto, as artralguas, sintoma não considerado no QMFME, surgiu como o sintoma mais prevalente. Com o objectivo de estudar a qualidade de vida destes doentes e usando o questionário RAND-36 nos doentes com MUPS (*multiple unexplained physical symptoms*) identificados pelos clínicos, Koch *et al.*<sup>28</sup> também identificaram a fadiga como o sintoma mais frequente.

Não foi encontrada associação entre a frequência de qualquer dos sintomas do QMFME e os níveis de escolaridade, exceto para a tosse (mais frequente nas pessoas com o 9º ano). No entanto, esta associação poderá ser um falso positivo devido à realização de múltiplos testes estatísticos sem ajustamento do limiar de significância estatística. Outros autores não encontraram associação entre sintomas e escolaridade<sup>24</sup>. Tal como a generalidade dos estudos<sup>4,15,14,25,29-32</sup>, também aqui se encontrou uma diferença estatisticamente significativa entre o género feminino e masculino quanto à manifestação de sintomas físicos de mal-estar, muito particularmente nos sintomas “dor de cabeça”, “dor nas costas”, “fadiga”, “dores musculares” e “insónia”.

O sintoma mais frequente foi a dor nas costas, com 40,9% dos respondentes a referirem que a tem pelo menos uma vez por semana, com uma diferença significativa entre o género feminino (52%) e masculino (27%). Este valor é mais elevado que o encontrado na população alemã<sup>14</sup> com 30,2%, e a diferença entre os géneros feminino e masculino (32,7% e 27,1%, respectivamente) é menos acentuada do que a encontrada no nosso estudo.

Dos sujeitos com sintomas, 57,2% recorreram ao médico, e Fabião *et al.*<sup>27</sup> encontraram 63,4% numa população portuguesa que estava a utilizar os serviços de saúde. Estes valores muito superiores aos encontrados nos EUA, de 25% em 1961<sup>2</sup> e de 32,7% em 1996<sup>4</sup>, merecem aprofundamento com estudos mais alargados e com populações mais representativas da população portuguesa. Este aumento de procura dos cuidados de saúde em Portugal, em

comparação com os EUA exige que seja estudado quer quanto às suas causas quer quanto ao seu impacto em termos de ganhos em saúde da população.

O presente estudo tem limitações relacionadas com a amostragem. A taxa de resposta foi inferior à esperada, não permitindo atingir a dimensão da amostra planeada. Os respondentes diferem da amostra planeada quanto à idade nas faixas etárias extremas, com as pessoas dos 20 aos 29 anos sub-representadas e as pessoas dos 60 aos 69 sobre-representadas. Por outro lado, os respondentes apresentam uma proporção de sujeitos com habilitações superiores (43,2%) muito maior que a nacional (14,0%)<sup>33</sup> ou mesmo que a concelhia (31,0%)<sup>33</sup>, o que pode representar um fator de enviesamento, contudo, permitiu obter um número relativamente elevado de respostas válidas com o simples convite de participação por via postal, com um questionário de auto-preenchimento e sem apoio técnico.

O autopreenchimento, sem apoio técnico, não permite garantir que o significado atribuído, por cada um dos respondentes a cada sintoma constante do QMFME, seja uniforme. Também não podemos excluir a possibilidade de a população respondente ser uma subpopulação com maior sofrimento físico e, com isso, induzir maior tendência para responder a um inquérito sobre sintomas físicos, com a consequente sobrestima da prevalência dos sintomas. Como atrás aludimos, foram realizados múltiplos testes estatísticos sem que tivesse sido feito qualquer ajustamento do limiar de significância estatística, pelo que algumas das associações encontradas poderão ser resultados falsos positivos. No entanto, as associações mais importantes na comparação por géneros têm valores de *p* muito baixos e, assim, pequena probabilidade de serem devidas ao acaso.

Quatro, em cada cinco pessoas, referem perceber um sintoma físico pelo menos uma vez por semana e mais de metade procura os serviços de saúde para os resolver ou minimizar. O tipo de sintomas e as respectivas frequências encontradas são muito sobreponíveis aos achados de outros autores nacionais e internacionais o que aponta para a validade dos dados encontrados com o presente estudo e confirmam que, também na população portuguesa, os sintomas físicos fazem parte do dia-a-dia.

O desenho metodológico usado colocou um dilema quanto aos métodos a usar. O método usado de questionário por via postal, tem maior respeito pela

exigência de anonimato, obvia o efeito influenciador do entrevistador e dispensa a formação e o custo deste, o respondente pode escolher o momento para responder, contudo, tende a selecionar os mais escolarizados capazes de preencher o questionário, as questões ficam dependentes exclusivamente do entendimento do respondente e exige o trabalho de enviar a resposta. Apesar das desvantagens apontadas, julgamos que a nossa opção, por ser diferente das demais, contribui para melhor conhecer o fenómeno dos sintomas físicos e dos comportamentos perante os mesmos, na população em geral, independentemente da sua utilização ou recurso aos serviços de saúde.

## **CONCLUSÕES**

Concluimos que a generalidade da população do presente estudo percepciona sintomas físicos no seu dia-a-dia e que mais de metade procura o médico pelo sofrimento ou preocupação que lhe provoca.

Importa prosseguir o estudo da prevalência de sintomas físicos na população portuguesa, com recurso a populações representativas e estudar a sua eventual variação com o tempo, nomeadamente com as crises económico-sociais. Noutra linha de investigação, será interessante conhecer os factores que determinam o comportamento de procura dos cuidados de saúde e quais são as consequências em termos de ganhos em saúde da população. Para além disso, será de relevância clínica conhecer as características dos doentes e dos sintomas que sugerem não existir doença orgânica, para além de identificar se algum ou alguns sintomas se destacam dos restantes na indução da procura de cuidados.

## **Referências bibliográficas**

1. Stocks P. Sicknnes in the Population of England and Wales in 1944-47. His Majesty's Stationery Office, London 1949.
2. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The Ecology of Medical Care. *N Engl J Med* 1961; 265:885-92.
3. White KL. The Ecology of Medical Care: Origins and Implications for Population-Based Healthcare Research. *Health Services Research* 1997; 32:11-21.

4. Green LA, Fryer GF, Yawan BP, Lanier D, Dovey SM. The Ecology of Medical Care Revisited. *N Engl J Med* 2001; 344(26):2021-2025.
5. Peveler R, Kilkenny L e Kinmonth AL. Medically unexplained physical symptoms in primary care: A comparison of selfreport screening questionnaire and clinical opinion. *J Psychosom Res* 1997; 42(3):245.
6. Kroenke K, Arrington ME, Mangelsdorff AD. The prevalence of symptoms in medical outpatients and the adequacy of therapy. *Arch Intern Med* 1990; 150(8):1685-9.
7. Williams N, Wilkinson C, Stott N, Menkes DB. Functional illness in primary care: dysfunction versus disease. *BMC Family Practice* 2008, 9:30. DOI:10.1186/1471-2296-9-30.
8. Melville DI. Descriptive clinical research and medically unexplained symptoms. *J Psychosom Res* 1987; 31(3):359.
9. Fink P, Sorensen L, Engeberg M, Holm M, Munk-Jorgensen P. Somatization in Primary Care. Prevalence, Health Care Utilization and General Practitioner Recognition. *Psychosomatics* 1999; 40:330-338.
10. Kroenke K, Mangelsdorff AD. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *Am J Med* 1989; 86(3):262-6.
11. Swanson LM, Hamilton JC, Feldman MD. Physician-based estimates of medically unexplained symptoms: a comparison of four case definitions. *Fam Pract* 2010; 0:1-7. DOI:10.1093/fampra/cm051.
12. Lynch D, McGrady A, Nagel R, Zsembik C. Somatization Family Practice: Comparing five Methods of Classification. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry* 1999;1:85-9.
13. Kroenke K, Price RK. Symptoms in the community. Prevalence, classification, and psychiatric comorbidity. *Arch Intern Med* 1993; 153(2):2474-80.
14. Hessel A, Beutel M, Geyer M, Schumacher J, Brähler E. Prevalence of somatoform pain complaints in the German population. *GMS Psycho-Social-Medicine* 2005; 2, ISSN 1860-5214.
15. FrieBem C, Willweber-Strumpf A, Zenz MW. Chronic pain in primary care. German figures from 1991 and 2006. *BMC Public Health* 2009; 9:299. DOI:10.1186/1471-2458/9/299.

16. Reid S, Wessely S, Crayford T, Hotopf M. Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: retrospective cohort study. *BMJ* 2001; 322:1.
17. Escobar JI, Hoyos-Nervi C, Gara M. Medically Unexplained Physical Symptoms in Medical Practice: A Psychiatric Perspective. *Environ Health Perspect* 2002; 110(Suppl 4):631–6.
18. Burton C. Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). *British Journal of General Practice* 2003; 53:233-249.
19. Little P, Somerville J, Williamson I, Warner G, Moore M, Wiles R, George S, Smith A, Peveler R. Psychosocial, lifestyle, and health status variables in predicting high attendance among adults. *Br J Gen Pract* 2001; 51:987-94.
20. Waal MWM, Arnold IA, Eekhof JAH, Assendelft WJJ, van Hemert AM. Follow-up study on health care use of patients with somatoform, anxiety and depressive disorders in primary care. *BMC Family Practice* 2008, 9:5 DOI:10.1186/1471-2296-9-5.
21. Hartman TC, Lucassen PLBJ, van de Lisdonk EH, Bor HHJ, van Weel C. Chronic functional somatic symptoms: a single syndrome? *Br J Gen Pract* 2004; 54:922-7.
22. Lenth, R.V. Java Applets for Power and Sample Size (computer software). Disponível em: <http://www.uiowa.edu/~rlenth/Power>. [acedido em 05/20/2008]
23. Cummings SM, Savitz LA, Konrad TR. Reported Response Rates to Mailed Physician Questionnaires. *HRS: Health Services Research* 2001;36(6):1347-55.
24. Asch DA, Jedrzejewski MK, Christakis NA. Response Rates to Mail Surveys Published in Medical Journals. *J Clin Epidemiol* 1997;50(10):1129-1136.
25. Brennan M. Techniques for Improving Mail Survey Response Rates. *Marketing Bulletin* 1992;3:24-37.
26. Ribeiro JLP. *Questionário de Manifestações Físicas de Mal-estar*. Disponível em: <http://www.fpce.up.pt/docentes/paisribeiro/testes/manual.htm>. [acedido em 27/11/2008].
27. Fabião F, Barbosa A, Fleming M, Silva C. Rastreio da Perturbação de Somatização. Nos Cuidados Primários de Saúde. Resultados de um Estudo Piloto. *Act Med Port* 2008; 21:319-28.

28. Koch H, van Bokhoven MA, ter Riet G, Weijden T, Dinant GJ, Bindels PJE. Demographic characteristics and quality of life of patients with unexplained complaints: a descriptive study in general practice. *Qual Life Res* 2007;16:4183-1489. DOI 10.1007/s11136-007-9252-y.
29. Barsky AJ, Peekna HM, Borus JF. Somatic Symptom Reporting in Women and Men. *J Gen Intern Med* 2001; 16:266-75.
30. Page LA, Wessely S. Medically unexplained symptoms: exacerbating factors in the doctor–patient encounter. *J R Soc Med* 2003;96:223–227.
31. Tsai CH. Factor analysis of clustering of common somatic symptoms: a preliminary study. *BMC Health Services Research* 2010; 10:160. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/160>. [acedido em 28/08/ 2010].
32. Dirkzwager AJE, Verhaak PFM. Patients with persistent medically unexplained symptoms in general practice: characteristics and quality of care. *BMC Family Practice* 2007; 8:33. <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/8/33>. [acedido em 2/08/2010]
33. PORDATA. 02-04-2012. Disponível em: <http://www.pordata.pt/Municipios/Populacao+residente+com+15+mais+anos+segundo+os+Censos+total+e+por+nivel+de+escolaridade+completo+mais+elevado-69> [acedido em: 28/07/2012].





## **FREQUÊNCIA DE CONSULTAS EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR COM SINTOMAS SOMATOFORMES: estudo descritivo.**

### **RESUMO**

#### **Contexto**

Frequentemente, na consulta, os médicos de família são confrontados com pacientes que referem queixas físicas, imprecisas e repetidas, para as quais o médico não encontra uma explicação orgânica. Em geral, estas situações são geradoras de insatisfação para o paciente e para o médico e têm um elevado risco de intervenções desnecessárias ou mesmo iatrogénicas. Os estudos que visam conhecer a proporção na consulta de medicina geral e familiar (MGF) de doentes com sintomas físicos, sem doença orgânica, revelam resultados muito díspares e não é do nosso conhecimento que, a nível nacional, tenha sido realizada qualquer avaliação da sua frequência na consulta de medicina familiar.

#### **Objectivo**

Estudar a proporção de doentes com queixas físicas, sem explicação orgânica, que são identificados pelos médicos de MGF, de uma unidade prestadora de cuidados de saúde primários de uma zona urbana de Portugal. Avaliar a evolução deste tipo de queixas após 6 meses de observação.

#### **Metodologia**

Durante uma semana, oito médicos de MGF identificaram os doentes que consultaram e que apresentaram queixas físicas para as quais não previam uma justificação orgânica. Seis meses depois os doentes foram avaliados quanto à evolução dos seus sintomas.

#### **Resultados**

Em 864 consultas, 73 (8%) foram com doentes com queixas físicas para as quais não havia previsão de explicação orgânica. Estes tinham maior probabilidade de terem depressão, ansiedade e síndrome do cólon irritável.

Após 6 meses, apenas em 4 foi identificada uma doença orgânica e 21 (34%) mantinha-se com sintomas inalterados ou agravados.

### **Conclusões**

Os doentes com sintomas físicos sem doença orgânica são frequentes nas consultas de medicina familiar. A maioria evolui para a remissão completa e o clínico tem uma pequena probabilidade de omitir um diagnóstico orgânico.

## **INTRODUÇÃO**

Em Medicina Geral e Familiar, 15 a 39% das consultas são com doentes que referem sintomas físicos como queixa principal e para os quais o médico não identifica uma causa orgânica<sup>1-5</sup>. Estes valores referem-se aos casos identificados e notificados pelos próprios clínicos, tendo como denominador o número de consultas realizadas e não traduzem a prevalência na população que vem à consulta e muito menos na população em geral. Com efeito, utilizando questionários aplicados antes da consulta a frequência deste tipo de doentes aumenta para 35 a 80%<sup>1,6-8</sup>. Contudo, desconhece-se o seu valor na população portuguesa.

Este tipo de doentes é mais frequente em clínica geral<sup>9</sup>, contudo, também tem elevada representação nas consultas de medicina interna (22%)<sup>10</sup>, psiquiatria de ligação (9,5%)<sup>11</sup> e nos hiper-utilizadores de consultas hospitalares (27%)<sup>12</sup>.

Os sintomas somatoformes, embora não sejam causa de morte e em cerca de 80% tenham remissão completa<sup>13-16</sup>, assumem um importante peso nos cuidados de saúde primários pela sua frequência e pela necessidade de intervenções específicas e exigentes em termos formativos. Por outro lado, os restantes 20% que evoluem para a cronicidade, levam à hiper-utilização dos serviços de saúde, e têm maior probabilidade de vir a sofrer de perturbação psicológica, incapacidade, mal-estar, insatisfação, medicalização, iatrogenia e custos económicos<sup>15-17</sup>. O medo de cometer o erro de não identificar um diagnóstico existente pode levar os clínicos a intervenções que favorecem a evolução desfavorável. A incapacidade de reconhecer as necessidades específicas destes doentes e de proceder de outro modo, que não seja a prescrição e pedidos de exames complementares de diagnóstico, induz nos

clínicos frustração e tendência para os classificar como doentes somatizadores ou difíceis<sup>18</sup>.

Para o presente trabalho, entendemos por sintomas somatoformes queixas físicas não explicadas por uma doença orgânica e que motivaram a procura de cuidados de saúde, independentemente de poderem fazer parte de síndromes funcionais ou de outras perturbações somatoformes, sendo consideradas como sinónimo do que a literatura anglo-saxónica designa como *Medically Unexplained Physical Symptoms* (MUPS)<sup>19</sup>.

No presente estudo pretende-se conhecer a proporção de consultas a doentes com queixas somatoformes em medicina geral e familiar de uma USF urbana, e conhecer a sua evolução 6 meses após a consulta inicial.

## **METODOLOGIA**

Estudo transversal observacional com amostra de conveniência de doentes com queixas classificadas pelos respectivos médicos como somatoformes.

Durante 1 semana, no mês de Outubro de 2008, 8 clínicos registaram o total de consultas face a face. Os clínicos participantes correspondiam à totalidade dos médicos de uma unidade de cuidados de saúde primários de uma zona urbana, mais precisamente a USF São Julião, em Oeiras.

Fez-se reunião com todos os clínicos onde foi explicado pelo autor a metodologia e os objectivos do estudo. Quando na semana escolhida para observação o clínico faltava algum dia, considerava o dia homólogo da semana seguinte em que estivesse ao serviço, de modo a que cada clínico ficasse representado com os 5 dias da semana. Todos os clínicos tinham períodos de consulta de manhã e de tarde. Identificaram os doentes que apresentaram sintomas para os quais o médico, segundo o seu julgamento, não antecipou uma explicação física que justificasse os sintomas. Por cada doente que encontraram, nestas condições, preencheram uma ficha de notificação. Desta ficha constava uma lista com os 19 sintomas do Questionário de Manifestações Físicas de Mal-estar (QMFME)<sup>20</sup> para além do clínico ter liberdade de registar quaisquer outros sintomas físicos. Seis meses após esta consulta, cada clínico avaliou a evolução que os sintomas tiveram através da consulta do respectivo processo clínico ou, não havendo consulta recente, através de convocatória

para consulta ou contacto telefónico. Os dados referentes ao género e a comorbilidade foram notificados. As variáveis demográficas e clínicas dos doentes com e sem sintomas somatoformes foram comparadas utilizando o qui-quadrado com um nível de significância de 0,5.

## **RESULTADOS**

Durante o período de observação os clínicos fizeram 864 consultas directas, ou seja, 108 consultas por médico ou 21,6 consultas/médico/dia. Nestas consultas, segundo o critério do médico, 73 foram com doentes que referiam sintomas físicos não explicados com diagnósticos de doença orgânica, o que corresponde a 8% das consultas. Cada um dos doentes foi observado apenas uma vez na semana inicial do estudo.

Os dados demográficos da população em estudo e da consultada durante a semana de notificação de doentes encontra-se na Tabela I. Dos 73 doentes com sintomas somatoformes (DSS) 71% eram do género feminino e 29% do masculino.

Quanto à idade e género não se encontrou diferença significativa nos doentes com e sem sintomas somatoformes.

O Sistema de Apoio ao Médico (SAM) e Sistema de Informação para as Unidades de Saúde (SINUS) foram as fontes de dados dos doentes sem sintomas somatoformes e nos doentes com sintomas foi o questionamento direto. Por este facto, os omissos em relação à escolaridade e ao estado civil são muito elevados no grupo dos sem sintomas, o que não possibilita a comparação entre os dois grupos. Quanto ao nível de escolaridade dos DSS, 49% tinham o 12º ano ou mais anos e apenas 3% tinha menos que o 4º ano mas todos se consideravam capazes de ler.

Quanto ao estado civil dos DSS, o mais frequente era o de casado com 63% a que se seguiu 15% de solteiros, 14% divorciados e 7% de viúvos.

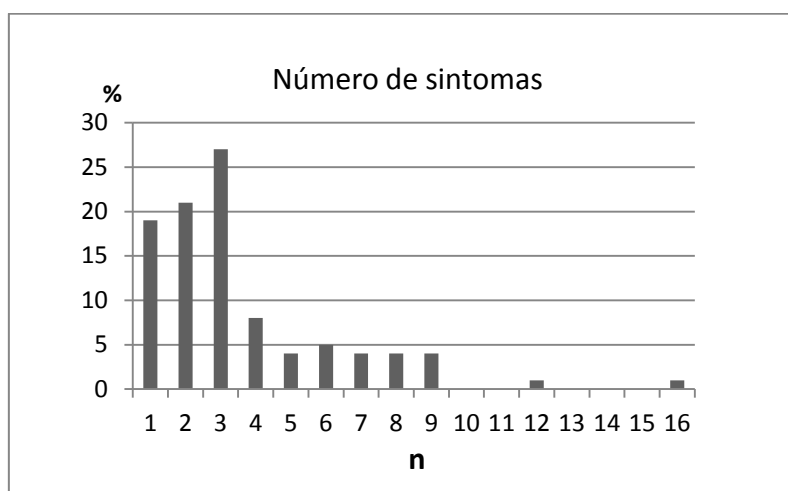
Dos DSS, 60% estavam no ativo enquanto que 32% estavam reformados e 7% desempregados. Os doentes sem sintomas tem comparativamente com os DSS mais desempregados e reformados, com diferença estatisticamente significativa mas, contudo, os momentos de colheita dos dados não foram os mesmos para as duas amostras.

**Tabela I.** Características demográficas dos doentes observados, na semana de notificação, com (n=73) e sem (n=676) sintomas somatoformes.

	<b>Com SS (n=73)</b>	<b>Sem SS (n= 676)</b>	<b>p</b>	<b>Odds Ratio (IC a 95%)</b>
<b>Idade (anos)</b>	<b>n</b>	<b>n</b>		
Mediana	56,0	57,0	0,3*	na
Amplitude interquartil	42,0-65,8	37,0-71,0		
<b>Género</b>				
Feminino	52(71,2%)	436(64,5%)	0,3**	1.36 (0,80-2,31)
Masculino	21(28,8%)	241(35,5%)		
<b>Estado civil</b>				
Casado	46(63%)	101(14,9%)	<0,001**	na
Solteiro	11(15%)	9(1,3%)		
Divorciado	10(14%)	2(0,3%)		
Viúvo	5(7%)	17(2,5%)		
Desconhecido	1(1%)	547(80,9%)		
<b>Habilitações</b>				
<4	2(2,7%)	47(7%)	<0,001**	na
4-11	33(45,2%)	328(48,5%)		
>11	36(49,3%)	96(14,3%)		
Omisso	2 (2,7%)	205(29,6%)		
<b>Situação laboral</b>				
Ativo	44(60,3%)	307(45,4%)	0,02**	na
Reformado	23(31,5%)	264(39,1%)		
Desempregado	5(6,8%)	105(15,5%)		
Omisso	1(1,4%)	0		
<b>Co morbilidades</b>				
Hipertensão	29 (39,7%)	287 (42,5%)	0,7**	0,89(0,55-1,46)
Depressão	24 (32,9%)	76 (11,2%)	<0,001**	3,87 (2,25-6,66)
Ansiedade	23 (31,5%)	65 (9,6%)	<0,001**	4,32 (2,48-7,54)
Cefaleia de tensão	14 (19,2%)	25 (3,7%)	<0,0001***	6,18 (3,05-12,52)
Cólon irritável	13 (17,8%)	18 (2,7%)	<0,0001***	7,92 (3,70-16,95)

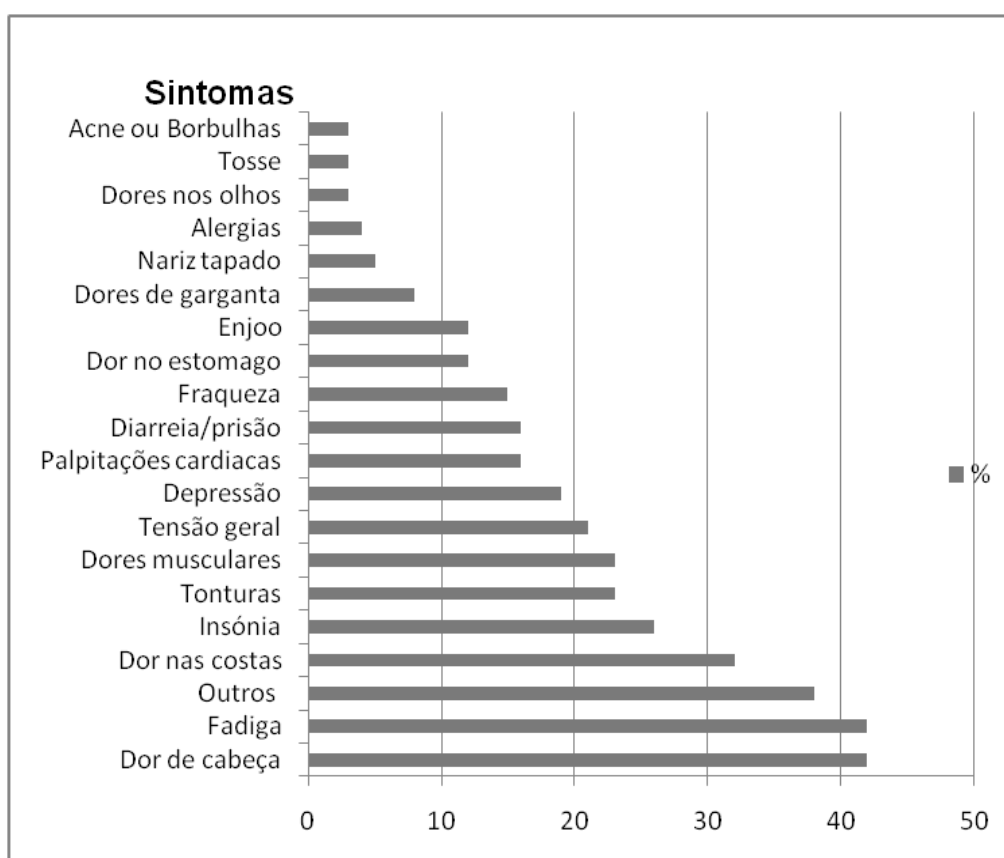
\*Teste de Mann-Whitney. \*\* Teste Qui-Quadrado. \*\*\*Teste exato de Fisher.  
na = não aplicável.

Na maioria (67%) dos doentes o médico registou três ou menos sintomas: 19% com um sintoma, 21% com dois e 33% mais de três sintomas (Figura 1).



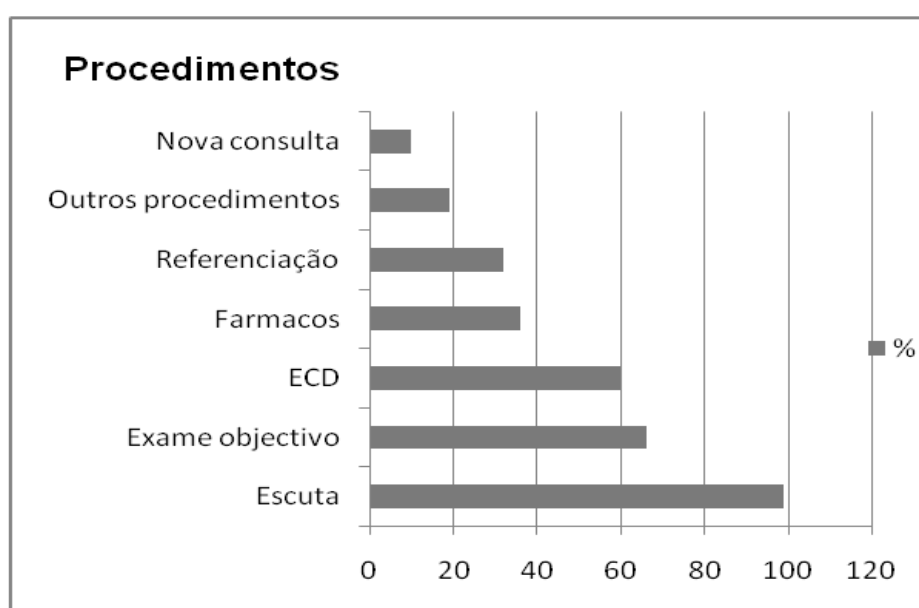
**Figura 1.** *Número de sintomas por doente.*

Os sintomas mais frequentes foram as dores de cabeça e a fadiga em 42% dos doentes. As dores de costas surgem em terceiro lugar com 32%, enquanto a insónia é referida por 26% dos doentes (Figura 2). O sintoma “outros” refere-se a todos os sintomas mencionados que não constavam da lista do QMFME.



**Figura 2.** *Frequência de sintomas somatoformes na consulta*

A escuta foi um procedimento que os clínicos consideraram ter feito, praticamente, na totalidade dos doentes (99%). A escuta ativa, neste contexto, foi definida como a atitude consciente de que o médico deu uma atenção particular em escutar o doente. Conforme se descreve na Figura 3, o exame objectivo foi realizado em 66% dos casos e em 33% doentes foram prescritos um ou mais medicamentos. Os exames complementares de diagnóstico foram requisitados a 60% dos doentes, enquanto a referência a outros serviços de saúde ocorreu em 32% dos doentes e a marcação de consulta subsequente em 10% dos casos.



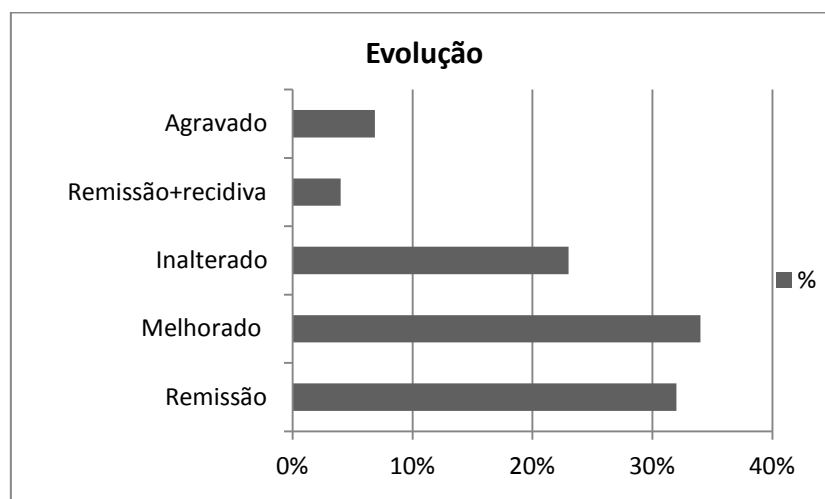
**Figura 3.** *Procedimentos realizados*

Quando questionados sobre o que pensavam sobre os seus sintomas, 87% respondeu quer dando as suas explicações ou expressando os seus medos e apenas 13% afirmaram não ter qualquer ideia.

A hipertensão arterial estava diagnosticada em 40% dos DSS e não se encontra diferença estatística com os doentes sem sintomas somatoformes. Contudo, 33% dos DSS tinham o diagnóstico prévio de depressão enquanto que nos sem sintomas somatoformes este valor era de 11% ( $p < 0.0001$ , OR 3,4, 95%IC 2.2, 6.6), a ansiedade era 32% nos DSS e 9,6% nos sem sintomas ( $p < 0.0001$ , OR 4.0, 95%CI 2.3, 7.0), as cefaleias de tensão em 19% dos DSS e 3,7% nos sem sintomas ( $p < 0.0001$ , OR 6.1, 95%IC 3.0, 12.5) e a síndrome do

cólon irritável 18% dos DSS contra 2,7% dos doentes sem sintomas somatoformes ( $P < 0.0001$ , OR 7.9, 95%IC 3.7, 16.9).

Após 6 meses da consulta inicial, 34% dos doentes tinham melhorado e um terço estava assintomático. O terço restante mantinha os sintomas: 23% inalterados, 7% agravados e em 4% houve reaparecimento (Figura 4).



**Figura 4.** *Evolução dos sintomas aos 6 meses.*

Durante os 6 meses de observação chegou-se a um diagnóstico que justificava os sintomas em onze doentes: sete com depressão, uma síndrome de menopausa, uma doença de Addison, uma discopatia e uma gastrite. Estes onze doentes correspondem a 15% dos doentes iniciais, mas se considerarmos apenas as quatro patologias que têm uma base orgânica (menopausa, doença de Addison, discopatia e gastrite), a proporção de “erros”, ao considerar como doente somatoforme, é de 5%.

## **DISCUSSÃO**

No presente estudo, na população que recorreu à consulta foi encontrada uma frequência de 8% de doentes com sintomas somatoformes. A metodologia utilizada não permite dizer se estes sintomas foram o principal motivo de consulta ou se eram secundários. Também não sabemos se os motivos foram expressos de modo espontâneo ou se foram mencionados após inquirição específica.

Os estudos que se basearam nos motivos de consulta, em populações acima dos 16 anos, encontraram prevalências de 15% a 39 %<sup>1-5</sup>. Já os estudos que



utilizaram questionários de medição de somatização aplicados a populações encontraram prevalências de 35 a 80%<sup>1,6-8</sup>. O facto de na nossa população estarem incluídas as consultas de saúde infantil, que estão excluídas daqueles estudos, pode explicar a baixa frequência de sintomas encontrada no presente estudo. Por outro lado, incluímos ainda as consultas de planeamento familiar e a saúde materna que, muito provavelmente, não estarão incluídas naqueles estudos. Não é possível excluir um enviesamento de diagnóstico considerando que dois dos clínicos intervenientes, recém-especialistas em MGF, mencionaram apenas um e três doentes durante a semana de observação, valores muito abaixo dos notificados por todos os outros com mais anos de especialidade.

O sintoma mais frequente foi a cefaleia e fadiga, o que está de acordo com a maioria dos estudos internacionais<sup>6</sup> e nacionais<sup>21</sup> embora as metodologias possam ser diferentes às usadas no presente estudo.

A taxa de resolução de sintomas encontrada de 66% é um valor muito abaixo do encontrado por Smith e Dwamena<sup>13</sup> e confirmado por Khan *et al.*<sup>22</sup>. Este valor baixo de remissão pode ser devido a tendência dos clínicos ignorarem os doentes menos veementes nas suas queixas, tendendo a considerar e registar apenas os mais graves e, por isso, com maior probabilidade de evoluírem para a cronicidade. O número relativamente baixo de doentes notificados também pode traduzir tal viés de selecção.

No presente estudo, a maior proporção de doentes apresentavam três sintomas, a que se sucede, por ordem decrescente, os que apresentavam dois e um sintomas. Este facto também indicia uma subnotificação dos doentes menos graves ou com sintomatologia menos exuberante, dado que outros autores<sup>22</sup> apresentam o maior número de doentes com um sintoma a que se sucedem por ordem decrescente de frequência os grupos com dois ou três sintomas.

Os doentes (87%) têm ideias acerca dos seus sintomas. Estas ideias podem ser explicativas de causalidade ou traduzir os medos do doente.

Os doentes com sintomas somatoformes têm mais comorbilidade que a população em geral, especialmente perturbações psiquiátricas sendo 33% com perturbações depressivas e 32% com perturbações de ansiedade, o que está de acordo com os valores encontrados por outros autores<sup>11,23,24</sup>. A prevalência

da depressão na população portuguesa é de 24,8% e a registada pelos médicos de família 11,23%<sup>25</sup>. Estes valores estão bastante abaixo dos encontrados nos doentes somatoformes do nosso estudo. Para além disso, encontram-se prevalências de hipertensão arterial (40%) e de diabetes *mellitus* (12%), idênticas às encontradas no estudo VALSIM\*, com 42,6% e 14,9%, respectivamente<sup>26,27</sup>. Contudo, neste estudo foi utilizada uma metodologia mais activa de identificação de doentes e no nosso foi apenas a notificação dos diagnósticos já identificados pelos clínicos. A prevalência da diabetes *mellitus* no estudo da Rede Médicos Sentinela, com uma base populacional de 111.152 utentes, obteve uma prevalência de 5,4%, num contexto observacional muito mais similar ao do nosso estudo<sup>28</sup>.

Seis meses após a primeira consulta, apenas em 5% dos doentes se chegou a um diagnóstico orgânico, valor que está de acordo com Stone *et al.*<sup>29</sup> que numa revisão sistemática dos sintomas de conversão (paralisias, convulsões e cegueira) encontrou uma progressiva redução do número de erros até à década de 1970 para, depois, estabilizar nos 4%.

A referenciação foi feita em 15% dos doentes o que é um valor elevado em comparação com os valores encontrados na generalidade dos estudos realizados em Portugal em que a taxa de referenciação é de 5 a 10% para a população em geral<sup>30-32</sup>. Este valor elevado pode ser mais um indício da subnotificação.

O estudo está limitado pela amostra pequena. Por outro lado, o diagnóstico assenta exclusivamente no juízo do clínico sem recurso a quaisquer outros instrumentos. Contudo esta decisão foi consciente dado que o pretendido era conhecer o que acontece no dia-a-dia da medicina geral e familiar e não em condições especiais.

## **CONCLUSÃO**

Os doentes com sintomas somatoformes são frequentes na consulta de medicina geral e familiar. A maioria tem uma explicação para os seus sintomas e ou medos que a eles se associam. Muitos evoluem para a cronicidade mas os clínicos têm uma baixa probabilidade de não identificar uma doença

---

\* VALSIM, Estudo Epidemiológico de PreVALência da SIndrome Metabólica na População Portuguesa

orgânica. Estes dados carecem de confirmação com números maiores. Outras questões importantes são: a baixa frequência de DSS, em comparação com os valores encontrados por outros estudos, será consequência de uma desvalorização das queixas físicas por parte dos clínicos ou a atribuição forçada a diagnósticos orgânicos? 2) o reconhecimento de doentes com queixas físicas, sem doença orgânica, aumenta com o tempo de exercício do clínico? 3) Intervenções, mais adaptadas a este tipo de doentes, terão impacto na redução do número dos que evoluem para a cronicidade? O tipo de ideias que têm acerca dos sintomas pode ser condicionante da evolução?

### **Referências bibliográficas**

1. Peveler R, Kilkeny L, Kinmonth AL. Medically unexplained physical symptoms in primary care: a comparison self-report screening questionnaires and clinical opinion. *J Psychosom Res* 1997; 42(3):245-52.
2. Pilowsky I, Smith QP, Katsikitis M. Illness behaviour and general practice utilization: a prospective study. *J Psychosom Res* 1987; 31: 177-183.
3. Scicchitano J, Lovell P, Pearce R, *et al.* Illness behavior and somatization in general practice. *J Psychosom Res* 1996; 41:247-254.
4. Palsson N. Functional somatic symptoms and hypochondriasis among general practice patients: a pilot study. *Acta Psychiatr Scand* 1988; **78**: 191-197.
5. Mumford DB, Devereux TA, Maddy PJ, Johnston JV. Factors leading to the reporting of 'functional' somatic symptoms by general practice attenders. *Br J Gen Pract* 1991; **41**: 454-458.
6. Kroenke K, Arrington ME, Mangelsdorff AD. The prevalence of symptoms in medical outpatients and the adequacy of therapy. *Arch Intern Med* 1990; 150(8):1685-9.
7. Fabião C, Barbosa A, Flemming M, Silva C. Rastreio da Perturbação de Somatização. Nos Cuidados Primários de Saúde. Resultados de um Estudo Piloto. *Acta Med Port* 2008; 21:319-28.
8. Fink P, Sorensen L, Engeberg M, Holm M, Munk-Jorgensen P. Somatization in Primary Care. Prevalence, Health Care Utilization and General Practitioner Recognition. *Psychosomatics* 1999; 40:330-338.

9. DSM-IV-TR. *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4ª Edição. Texto revisto. Climepsi Editores, 2004.p.485.
10. Kroenke K, Mangelsdorff AD. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *Am J Med* 1989; 86(3):262-6.
11. Li CT, Chou YH, Yang KC, Yang CH, Lee YC, Su TP. Medically Unexplained Symptoms and Somatoform Disorders: Diagnostic Challenges to Psychiatrists. *J Chin Med Assoc* 2009; 72(5):251-6.
12. Reid S, Wessely S, Crayford T, Hotopf M. Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: retrospective cohort study. *BMJ* 2001; 322:1-4.
13. Smith R C, Dwamena FC. Classification and Diagnosis of Patients with Medically Unexplained Symptoms. *Society of General Internal Medicine* 2007;22:685–691. DOI: 10.1007/s11606-006-0067-2.
14. Jackson JL, Passamonti M. The Outcomes Among Patients Presenting in Primary Care with a Physical Symptom at 5 Years. *J Gen Intern Med* 2005; 20:1032–7. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2005.0241.x.
15. Jackson JL e Kroenke K. Managing Somatization. Medically Unexplained Should Not Mean Medically Ignored. *J Gen Intern Med*. 2006; 21(7):797–9.
16. Hammarström A, Janlert U. Early unemployment can contribute to adult health problems: results from a longitudinal study of school leavers. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:624–30.
17. Waal MWM, Arnold IA, Eekhof JAH, Assendelft WJJ, van Hemert AM. Follow-up study on health care use of patients with somatoform, anxiety and depressive disorders in primary care. *BMC Family Practice* 2008, 9:5 doi:10.1186/1471-2296-9-5.
18. Lynch DS, McGray AV, Nagel RW, Wahl E. The Patient-Physician Relationship and Medical Utilisation. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2007; 9:266-70.
19. Melville DI. Descriptive clinical research and medically unexplained symptoms. *J Psychosom Res* 1987; 31(3):359.
20. Pais-Ribeiro J. Questionário de manifestações físicas de mal-estar. *Psiquiatria Clínica* 2003;24(1),65-76.

21. Fabião C, Barbosa A, Flemming M, Silva C. Rastreio da Perturbação de Somatização. Nos Cuidados Primários de Saúde. Resultados de um Estudo Piloto. *Acta Med Port* 2008; 21:319-28.
22. Khan AA, Khan A, Harezlak J, Tu W, Kroenke K. Somatic Symptoms in Primary Care: Etiology and Outcome. *Psychosomatics* 2003;44:171-8
23. Feder A, Olfson M, Gameroff M, Fuentes M, Shea S, Lantigua RA, Weissman M. Medically Unexplained Symptoms in an Urban General Medicine Practice. *Psychosomatics* 2001;42:261-8.
24. Muller JE, Wentzel I, Nel DG, Stein DJ. Depression and anxiety in multisomatoform disorder: Prevalence and clinical predictors in primary care. *S Afr Med J* 2008;98(6):473-6.
25. Gusmão R. *Depressão: detecção, diagnóstico e tratamento. Estudo de prevalência e despiste das perturbações depressivas nos Cuidados de Saúde Primários*. Tese de doutoramento. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Nova de Lisboa; 2005.
26. Cortez-Dias N, Martins S, Belo A, Fiuza M. Prevalência e Padrões de Tratamento da Hipertensão Arterial nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal. Resultados do Estudo VALSIM. *Rev Port Cardiol* 2009;28(5):499-523.
27. Cortez-Dias N, Martins S, Belo A, Fiuza M. Prevalência, tratamento e controlo da diabetes mellitus e dos factores de risco associados nos cuidados de saúde primários em Portugal. *Rev Port Cardiol* 2010;29(04):1-29.
28. Falcão IM, Pinto C, Santos J, Fernandes ML, Ramalho L, Paixão E, Falcão JM. Estudo da Prevalência da diabetes e das suas complicações numa coorte de diabéticos portugueses: um estudo na Rede Médicos-Sentinela. *Rev Port Clin Geral* 2008;24:679-92.
29. Stone J, Smyth R, Carson A, Lewis S, Prescott R, Warlow C, Sharpe M. Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and “hysteria”. *BMJ* 2005; DOI:10.1136/bmj.38628.466898.55.
30. Sá BA, Jordão JG. Estudo europeu sobre referenciação em cuidados primários. II – Dados de seguimento e informação de retorno. *Rev Pot Clín Geral* 1993;10:238-44.
31. Janeiro, M. Acesso aos Cuidados de Saúde Secundários numa extensão do Centro de Saúde de Serpa: 10 anos depois. *Rev Port Clin Geral* 2001;17:193-207.

32. Ponte CMF, Moura BG, Cerejo AC, Braga R, Marques I, Teixeira A, *et al.* Referenciação aos cuidados de saúde secundários. *Rev Port Clin Geral* 2006;22:555-68.

## **O QUE PENSAM OS DOENTES COM SINTOMAS SOMATOFORMES. Estudo qualitativo**

### **RESUMO**

#### **Contexto**

Os doentes com sintomas físicos para os quais o médico não encontra explicação orgânica são frequentes nas consultas de medicina familiar. Estes sintomas, que designamos de somatoformes, são geradores de incapacidade, mal-estar, medicalização, iatrogenia e custos económicos. Os profissionais sentem-se inseguros e frustrados na abordagem destes doentes que, por sua vez, se sentem insatisfeitos e incompreendidos. Os profissionais procuram respostas dentro de um modelo reducionista, ignoram a complexidade da história natural do sintoma com os seus componentes psicológicos, sociais e biológicos e insistem na procura de respostas *para* o doente em detrimento de as procurarem *com* o doente.

#### **Objectivos**

Conhecer nos doentes com sintomas somatoformes: 1) as explicações que têm para as suas queixas; 2) os medos associados aos seus sintomas; 3) as expectativas que têm da consulta; 4) se durante o contacto com os serviços de saúde mudam de ideias explicativas para os seus sintomas; 5) que tipos de comportamentos médicos propõem na abordagem terapêutica dos doentes com sintomas físicos mas sem doença orgânica.

#### **Metodologia**

Análise qualitativa das transcrições das entrevistas a quinze doentes que procuraram uma consulta de medicina geral e familiar com sintomas físicos e que seis meses depois não tinham qualquer diagnóstico orgânico explicativo para as suas queixas.

#### **Resultados**

As experiências do passado são determinantes na atribuição dos significados dos sintomas e na decisão de procurar os serviços de saúde. Uma boa parte dos doentes identifica causas psicossociais na base do seu sofrimento. O impacto dos sintomas na vida do doente é predominantemente emocional

mantendo o doente as suas actividades quotidianas. Estes doentes, na consulta, receberam muito mais medicamentos e muito menos pedidos de exames complementares de diagnóstico do que esperavam. A normalização dos sintomas é um comportamento frequente dos clínicos na abordagem deste tipo de doentes, verificando-se que a normalização sem explicação pode ser eficaz se estiver num contexto de uma relação terapêutica efectiva. O comportamento de escuta é o mais valorizado pelos doentes e o poder da relação pode chegar a dispensar as palavras. Os exames complementares de diagnóstico devem ser vistos para além da sua utilidade diagnóstica, podendo ser importantes na demonstração de interesse nos problemas do doente e manutenção/construção da relação. A flexibilidade do clínico deve permitir adaptar-se às diferentes fases por que o doente passa na aceitação do significado dos problemas físicos, emocionais e sociais. A ansiedade do clínico em chegar ao resultado pode não se adaptar à lentidão evolutiva das ideias do doente.

### **Conclusão**

Os doentes com sintomas somatoformes têm explicações e medos associados às suas queixas que o clínico deve conhecer. O facto de a maioria dos doentes não referir impacto físico dos seus sintomas no seu dia-a-dia exige um maior empenho em conhecer as ideias do doente e considerar, como princípio de abordagem deste tipo de doentes, que o doente vem à consulta não tanto pelo sintoma mas pelo que pensa do sintoma. A escuta associada à flexibilidade do clínico e o estabelecimento prévio de uma relação terapêutica efectiva devem ser as bases na abordagem deste tipo de doentes. A medicação não é o que os doentes mais esperam embora seja o que mais recebem e os exames complementares de diagnóstico embora devam ser prescritos de modo parcimonioso devem ser vistos, neste contexto, como meio de preservar e construir uma relação podendo funcionar como ritual demonstrativo do interesse clínico pelo doente e pelos seus sintomas.



## **INTRODUÇÃO**

Os doentes com sintomas físicos para as quais o médico não encontra uma explicação de base orgânica são frequentes nas consultas de medicina familiar<sup>1-2</sup>. A maioria evolui para a remissão total<sup>5,6</sup> mas cerca de 20% apresentam-se com maior gravidade, levando à frequente utilização dos serviços de saúde, a incapacidade física e perturbação psicológica, e os clínicos têm tendência para classificar estes doentes como somatizadores ou difíceis<sup>7</sup>. Para efeitos práticos designaremos estes sintomas de somatoformes.

O facto de os sintomas somatoformes não serem causa de morte pode levar à sua desvalorização, no entanto, eles têm um impacto importante na saúde, com incapacidade, mal-estar, insatisfação, medicalização, iatrogenia e custos económicos<sup>8-12</sup>. Os sintomas somatoformes podem ser vistos como a conjugação entre a presença de queixas subjectivas do doente e a ausência de achados objectivos do médico<sup>13</sup>. A diferença de explicações (do doente e do médico) para o sintoma pode criar frustração no clínico e insatisfação no doente<sup>14</sup>. Se associarmos a este desentendimento alguns fatores de ordem contextual como contenção de custos, falta de recursos, relação de dependência entre prestador e pagador<sup>15</sup> estão criadas as condições para a desconfiança do doente nos cuidados prestados<sup>16</sup>. O médico tem tendência para considerar como menores os sintomas físicos que não consegue explicar, rejeita ou deprecia as crenças de causalidade apresentadas pelo doente<sup>17</sup> e entende que a simples informação de que os testes se encontram normais é suficiente para tranquilizar estes doentes<sup>18</sup>.

O médico de família é o especialista de eleição para o tratamento destes doentes sem prejuízo de ser apoiado por outros profissionais incluindo o psiquiatra<sup>19</sup>. Na abordagem dos doentes com sintomas somatoformes parece que a auto-desvalorização das habilidades psicológicas do médico é mais determinante na dificuldade em ajudar estes doentes que as próprias atitudes negativas dos clínicos<sup>20,21</sup>. Um número considerável de autores propõe, para a abordagem dos doentes com sintomas somatoformes, um conjunto diversificado de estratégias. Deste conjunto de estratégias, destacamos a validação das queixas e do doente<sup>22-24</sup> cuidando em construir e manter uma relação terapêutica efectiva<sup>25-27</sup>, medicação e tratamento sintomático<sup>8,28,29</sup>.

O treino dos clínicos confere maior confiança no tratamento dos doentes com sintomas somatoformes e uma maior percepção de que os podem ajudar. No entanto, os médicos tendem a recusar formação nesta área<sup>20,22</sup> enumerando um número considerável de obstáculos às abordagens propostas e não está confirmado o impacto deste treino no controlo dos sintomas somatoformes<sup>17</sup>. Um número considerável de estudos reconhece a utilidade da terapia cognitivo-comportamental nos doentes com sintomas somatoformes<sup>30-34</sup>, que passa pela elaboração de diários de sintomas e de situações stressantes, exercícios de relaxamento, terapêutica de exposição, definição de objetivos realistas e aprendizagem de técnicas de solução de problemas<sup>22,35-37</sup>. Outros estudos não foram tão claros quanto à utilidade das terapias cognitivo-comportamentais<sup>38,39</sup>. O presente trabalho tem na sua base o reconhecimento do desconhecimento sobre a forma como ajudar os doentes a compreender e aceitar os seus sintomas como não sendo o indício de uma doença física. Por outro lado, parte do pressuposto que, para tal, é fundamental conhecer as cognições e os medos que determinam no doente o comportamento de procura dos serviços de saúde com este tipo de sintomas. Assim, pretende-se saber se os doentes com sintomas somatoformes têm explicações para as suas queixas e medos associados que os impelem a procurar os serviços de saúde. Conhecer quais são as expectativas que têm da consulta e se as mesmas são correspondidas. No caso de atribuírem os seus sintomas a causas físicas, em que medida a intervenção do médico contribuiu para modificar esta ideia de causalidade e, finalmente, que ideias têm acerca do modo como os doentes com queixas físicas e sem doença orgânica podem ser ajudados.

O autor iniciou o presente estudo com as seguintes crenças: 1) os doentes com sintomas somatoformes quando vão à consulta têm ideias explicativas para os seus sintomas e medos que os levam a procurar os serviços; 2) levam, para a consulta, expectativas que não são satisfeitas e muito menos avaliadas pelo médico; 3) saem das consultas, insatisfeitos com a actuação do médico; 4) prescrevem-lhes grande quantidade de medicamentos e de exames; 5) os exames complementares de diagnóstico podem ser mais prejudiciais que benéficos por contribuírem para reforçar as ideias de causalidade orgânica do doente; 6) os doentes têm opinião sobre o modo como os médicos devem

tratar os doentes com sintomas físicos mas sem doença; 7) o autor não tem ideia sobre o que os doentes propõem para este efeito.

## **MÉTODOS**

Entrevista a 17 doentes, da lista de sete médicos de família, identificados como tendo queixas físicas sem explicação orgânica e que após 6 meses mantinham a ausência de explicação física para os sintomas. Destas entrevistas, 15 foram consideradas válidas para análise de conteúdo focada no significado e duas foram descartadas por terem uma patologia orgânica de base da qual os doentes não conseguiam ou não aceitavam dissociar os sintomas.

### **As entrevistas**

Todas as entrevistas foram realizadas nas instalações da USF São Julião por opção dos doentes. Cada um dos doentes leu ou foi-lhe lido uma folha explicativa do trabalho com declaração de consentimento (Anexo 1) que assinaram antes de se iniciar a entrevista. Nenhum dos doentes contactados recusou participar no estudo. Nas entrevistas piloto foi usado uma primeira versão de guião com 19 perguntas abertas, obedecendo às regras definidas por Kvale<sup>40</sup> e Guerra<sup>41</sup>. Com a experiência adquirida nas entrevistas piloto, foram introduzidas as correcções consideradas pertinentes pelo autor e pelos dois validadores que leram a transcrição destas entrevistas e deram a sua opinião quanto à melhor formulação e ordem das questões. Nas entrevistas foi utilizado o método semi-directivo, em que foi procurado o compromisso entre a necessidade de dar oportunidade à livre narrativa do entrevistado e o cumprimento do guião do entrevistador, composto apenas com questões abertas. As duas entrevistas piloto e as 15 de investigação foram áudio-gravadas e transcritas.

### **Análise qualitativa**

Após várias leituras das entrevistas piloto, elaborou-se uma grelha de sinopse de entrevista. Esta, junto com as transcrições das entrevistas piloto, e com a análise feita pelo investigador, foi apresentada a três validadores, dois dos quais com experiência em metodologias qualitativas e um com experiência clínica de Medicina Geral e Familiar. Tendo em conta o aprendido com as entrevistas piloto e os contributos dos validadores, chegou-se a uma grelha definitiva de sinopse das entrevistas com os seguintes componentes:

1. Três tempos de análise, tendo em consideração o momento a que os factos narrados respeitam, considerando a consulta como referência: antes, durante e pós-consulta. Em cada um dos tempos foram consideradas categorias correspondentes às temáticas expressas.
2. Categorias de antes da consulta:
  - a. *Ideias explicativas*. Afirmações que revelam o raciocínio explicativo que o doente tem para os seus sintomas. Representam as hipóteses causais dos sintomas.
  - b. *Medos associados*. Receios manifestos secundários aos sintomas e eventuais consequências.
  - c. *Impacto dos sintomas*, expressões em que o doente traduz a interferência dos sintomas na sua vida quotidiana profissional e relacional.
  - d. *O que lhe disseram*. Ideias ou frases transmitidas ao doente acerca dos seus sintomas antes da consulta.
  - e. *Expectativa para a consulta*. O que o doente esperava, antes da consulta, que lhe fosse feito.
3. Categorias de durante a consulta:
  - a. *O que foi feito*. O que foi feito ou proposto fazer na consulta.
  - b. *Grau de satisfação*. Expresso quer através de unidades discursivas, quer através da quantificação de 0 a 10.
4. Categorias de pós-consulta:
  - a. *Evolução*. O que aconteceu ao longo do tempo aos sintomas apresentados na consulta.
  - b. *Mudança de ideias*. Se existiu ou não mudança das ideias justificativas da causa dos sintomas em relação ao que pensava antes da consulta.
  - c. *Situações idênticas*. Se o doente identifica ou não, em terceiros, situações idênticas às suas.
  - d. *Propostas*. Propostas que o doente faz para os médicos terem em consideração quando um doente apresenta sintomas sem “doença”.
5. Unidades discursivas. Frases proferidas pelo doente que exemplificam as categorias.

6. Dimensões. Eixos temáticos de cada uma das categorias.

A análise de todas as entrevistas foi verificada por um dos validadores, com experiência clínica em Medicina Geral e Familiar, não pertencente à USF em que os doentes estavam inscritos. Na transcrição dada ao validador, os nomes dos doentes e dos médicos envolvidos foram codificados pelo autor, de modo a garantir a confidencialidade da informação.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

## RESULTADOS

No Quadro I descrevem-se os 15 doentes entrevistados, sendo onze do género feminino e quatro do masculino. A maioria tinha o 4º ano como habilitações e as queixas foram de dores e fadiga. Quatro dos doentes mantinham os sintomas tal como um ano antes e os restantes tinham melhorado ou estavam assintomáticos.

**Quadro I.** Lista de doentes entrevistados

Nº	Género	Idade	Escolaridade	Sintomas	Evolução
1	M	65	4º ano	Fadiga, palpitações, fraqueza, batimentos cardíacos	Mantidos
2	F	52	9º ano	Insónia tensão geral e dores de garganta	Melhorados
3	F	48	9º ano	Dores de cabeça, enjoos, irritabilidade e esquecimento	Melhorados
4	F	75	4º ano	Dores de estômago, enjoo e diarreia	Melhorados
5	M	61	12º ano	Dor abdominal na região inguinal bilateral	Melhorados
6	F	66	4º ano	Fadiga, dores musculares e diarreia	Melhorados
7	M	60	4º ano	Dores de cabeça, afrontamentos e alguma ansiedade	Melhorados
8	F	56	4º ano	Dores musculares	Mantidos
9	F	42	12º ano	Dor nas costas, fadiga e fraqueza	Melhorados
10	F	26	12º ano	Dor de cabeça, dores de estômago e enjoos	Mantidos
11	F	61	4º ano	Dores de cabeça, tonturas, dificuldade de concentração	Melhorados
12	F	49	Superior	Dores de cabeça, insónias, fadiga, tonturas e fraqueza	Mantidos
13	F	58	4º ano	Fadiga e tristeza	Melhorados
14	F	63	4º ano	Dores de cabeça, estômago, dores musculares e dificuldades em dormir	Melhorados
15	M	46	Superior	Dores de cabeça	Melhorados

Para a descrição dos achados consideramos três tempos definidos de acordo com o momento da consulta: antes, durante e após a consulta dentro dos quais consideramos as diferentes categorias anteriormente definidas e, por além disso, uma outra categoria intemporal composta pelas propostas do doente. Os códigos representam a localização das unidades discursivas [número da entrevista;página:linha(s)].

### **Antes da consulta**

As experiências do passado contribuem para a construção das ideias de causalidade dos sintomas, sobretudo quando são de natureza biofísica.

*“Mas como eu sei que já tive o dito cujo. Sei lá. Há que ter uma vigilância qualquer.”* [E1;13-14]

*“...se eu tinha tendência para problemas cancerígenos, ele podia aparecer em qualquer sítio, independentemente da mama...”* [E6;1:38-39]

*“...outra vez relacionado com a patologia coronária”* [E12;1:14-15]

Por outro lado, a invocação de experiências pessoais ou familiares de sintomas associados a situações psicossociais associa-se a atribuições dos sintomas presentes a causas psicossociais.

*“... com a depressão... com a profissão... foi numa altura crítica, quando tinha mais trabalho... Tem sempre a ver com fases sazonais da minha vida de trabalho. ... a ver com a depressão que tive por motivos familiares.”* [E9;1:14-18]

*“A minha mãe já tem um problema desde nova”* [E10;1:8]

Nalguns doentes, o que determina a procura dos serviços não é tanto a doença antecipada mas o receio de que o impacto da mesma possa ter na vida do doente, nomeadamente o não poder cuidar de dependentes ou de si.

*“...muita gente a depender de mim...”* [E6;2:4]

*“...não posso deixar uma data de gente, velhotes principalmente, dependentes de mim e eu não me tratar...”* [E6;2:6-7]

O impacto dos sintomas na vida do doente foi predominantemente emocional ou sobre a cognição não se verificando interferências nas actividades da vida diária. Apenas um dos doentes esteve incapacitado para o exercício da profissão e foi por o seu estado de ansiedade interferir com o seu desempenho profissional.

Seis dos quinze entrevistados falaram dos seus sintomas com outrem, mais frequentemente com o cônjuge, sendo todos aconselhados a procurar o médico à excepção de um em que os sintomas foram “normalizados”.

*“Tu não sejas assim, tudo isso é nervos” [E4;1:46]*

A maioria dos doentes (8/15), antes da consulta, esperava que lhe fossem pedidos exames complementares de diagnóstico, três antecipavam medicação, três procuravam diagnóstico ou explicação para os seus sintomas, quatro procuravam “ajuda” ou “conselho” e cinco esperavam “escuta”, “atenção”, compreensão e, por último, um pensava em referenciação.

### **Na consulta**

Dez dos quinze entrevistados receberam medicação ou modificação do que estavam a tomar, a sete foram pedidos exames complementares de diagnóstico (ECD), dois receberam “conselhos”, dois foram referenciados a outro prestador de cuidados. Apenas dois entenderam a escuta ou o exame físico como procedimento de diagnóstico ou de terapêutica. Um diz que não recebeu explicação sobre os sintomas, mas que também esta seria redundante porque considera que a médica já a conhecia suficientemente bem para saber que a doente conhecia o que estava a acontecer:

*“A doutora não chegou a dar explicação. Viu que eu já sabia demais e não me deu explicação nenhuma” [E6;3:9-10]*

Este caso parece evidenciar a existência de normalização eficaz sem explicação se existir uma relação de confiança. A normalização dos sintomas foi um dos comportamentos referidos por alguns doentes:

*“Disse que também eram nervos e que eu não tinha nada” [E4;2:31]*

*“Dos sintomas? Atribuiu um bocadinho tanto à situação que eu passei a nível emocional, como poderia ter aqui também alguma influência na questão da tensão muscular e também devido à minha profissão.” [E9;2:14-16]*

A normalização sem explicação foi referida por um dos doentes, curiosamente, um imigrante, há pouco tempo em Portugal, e, portanto, com uma relação médico-doente muito recente, e estava associada ao menor grau de satisfação referido por todos os entrevistados. Este caso indicia as consequências de uma



normalização sem explicação, num contexto em que não existe uma relação terapêutica estabelecida:

[O médico disse que]) *“Estava tudo normal.... Para mim ficou um ponto de interrogação, porque acho que deveria dar mais. Uma pessoa não sente uma dor de cabeça sem um problema qualquer. Deve ter alguma coisa para eu sentir dor”* [E10;2:32-34]

Na consulta, dez dos quinze foram medicados embora apenas quatro tivessem a medicação como expectativa pré-consulta. Quanto ao grau de satisfação com o que foi feito todos os doentes classificaram com oito ou mais, numa escala de dez, contudo um doente expressou alguma insatisfação com a abordagem do médico:

*“...que ele deveria dar mais. Mostrar mais habilidade...”* [E10;2:47]  
*“...tivesse um conhecimento mais aprofundado...”* [E10;3:1] *“Eu daria oito”* [E10;3:16].

### **Pós-consulta**

Quatro dos quinze doentes mantinham os sintomas, os restantes tinham melhoria ou remissão completa. Os doentes, que antes da consulta tinham ideias biofísicas para explicar os seus sintomas, mudaram as suas explicações causais após a consulta e expressaram esta mudança de modo explícito.

Doente 2, antes da consulta:

*“...tinha uma gripezinha...”* [E2;1:24], e *“tenho imenso medo de ter dores de garganta”* [E2;1:25].

Depois da consulta:

*“Eu acho que isto é tudo do sistema nervoso.”* [E2;7:34].

Doente 6, antes da consulta:

*“Um cancro. Era a hipótese dada. Pensei logo num cancro intestinal”* [E6;1:45].

Depois da consulta:

*“Eu estava com uma carga de nervos muito grande”* [E6;4:5].

### **Propostas de abordagem para os doentes com sintomas somatoformes**

Alguns doentes (5/15) vêem o comportamento do seu médico como modelo de abordagem adequado para os doentes com sintomas físicos sem doença. Este tipo de resposta parece ter, subjacentes, duas ordens diferentes de razões. Numa temos o recurso ao modelo de actuação do seu médico para



exemplificar a sua proposta. É uma forma fácil de responder que minimiza o esforço, é uma resposta que tem função mas é desprovida de conteúdo.

*“Como a Dra. Y procedeu comigo” [E2;8:32].*

Noutra ordem de razão, pode representar a entrega completa ao juízo e tomada de decisão médica, reflectindo uma crença no poder médico ou a confiança no saber médico e no “seu médico”.

*“Ali os médicos sabem. Eles é que sabem” [E4;4:48].*

*“...ela resolve-me sempre o assunto.” [E11:5:33].*

No comportamento do médico valorizam a disponibilidade e põem em pé de igualdade o medicamento e a palavra:

*“...tenho sido sempre apoiada por ela. Ou com medicamentos ou com uma palavrinha...” [E11;5:34-35].*

Mas também valorizam a relação e os processos transaccionais que a palavra constrói:

*“Mas eu acho que ela actuou muito bem. Sem me fazer entrar em pânico, conseguiu dar-me equilíbrio” [E6;4:47-48].*

A valorização dos exames complementares como imprescindíveis para o diagnóstico é referida por quatro dos doentes:

*“...só através de exames é que o médico pode lá chegar.” [E5;4:42]*

Justificam esta imprescindibilidade de recorrer a exames complementares, com a ideia de as alterações patológicas poderem estar ocultas no “interior” e que só através deles se tem acesso.

*“...por vezes são coisas que não estão no exterior, mas sim no interior.” [E5;4:41].*

A requisição de exames complementares pode, para o doente, ter o simbolismo de manifestação de interesse pelo doente:

*“Mas há pessoas que ficam descansadas se mandar fazer um exame...Que há pessoas que se calhar com umas análises ou um exame... pensam que o médico teve interesse” [E2;8:44-46]*

A pressão para a realização de exames complementares também pode ser determinada pela dificuldade em aceitar que existam sintomas sem doença orgânica.

*“Em princípio, se há um doente que tem estas queixas, eu acho que o médico tem de o mandar fazer exames ou mandá-lo para outro especialista”. [E7;4:1-2].*

A medicação é proposta por três doentes e associada à escuta ou seu equivalente.

*“Talvez sabendo como era a minha vida (interpretado como o desejo de o médico procurar conhecer o doente nas suas diferentes dimensões) e depois medicar”. [E14;3:35].*

*“Ou com medicamentos ou com uma palavrinha...” [E11;5:34-35].*

*“...com medicamentos... aconselhamento do médico sobre...(o que) fazer na vida” [E8;3:26-28].*

Para alguns doentes a prioridade é a escuta e não a medicação:

*“Também não tem que prescrever ou não deve prescrever, mas se calhar tem de explicar, elucidar o que possa ser. Ajudá-lo a não ter uma crise ou a não ficar ansioso, a ser concreto e explicar que pode ser isto ou aquilo ou aqueloutro, realmente há muitas formas de o fazer.” [E15;5:33-36]*

A escuta, num sentido amplo que envolve vários cambiantes como é mostrar interesse, tranquilizar ou dar conselhos, é proposta pela maioria (11/15) dos entrevistados. A escuta é valorizada não só para conhecer a história do doente, mas também para a confirmar como pessoa e validar as suas queixas.

*“...médico também pode estar ali para ouvir a pessoa...” [E3;4:3].*

*“...o médico... tem que valorizar as queixas do doente, mesmo não tendo um exame na mão que comprove a doença que tem, deve partir do princípio que acredita naquilo que o doente lhe está a dizer” [E9;3:16-18].*

*“...tem que valorizar e acreditar nas queixas” [E9;3:20-21].*

*“Acho que tem de ter essa sensibilidade para perceber que se o doente vem a uma consulta, se vem perder tempo, se vem expor-se, é porque de algum modo aquilo lhe está a incomodar” [E9;3:22-24].*

*“Eu acho que o médico deveria procurar entender o paciente de alguma forma.” [E10;3:48].*

*“...o médico tem que ter em conta a parte psicológica. Tem de ter uma acção bastante efectiva e estar atento aos pormenores da situação. Acima de tudo, saber ler e saber ouvir, ou seja saber ler nas entrelinhas e saber ouvir é muito importante nestas situações.” [E15;5:23-26]*

Alguns doentes destacam a necessidade de o médico ter em atenção a lentidão do processo de interiorização do doente, devendo respeitar as fases de adaptação de cada um:

*“Deve sobretudo saber ouvir e dar uns conselhos na medida certa, sem ser com agressividade ou a impor, porque isso são coisas do foro psicológico e é preciso ir-se com muita calma.” [E13;3:29-31].*

*“...o médico deve ter muito cuidado ao fazer um diagnóstico.” [E15;5:11-12]*

## **DISCUSSÃO**

No presente estudo confirma-se a ideia de outros autores<sup>42-44</sup> de que as experiências do passado, pessoais e familiares, são importantes para a atribuição dos significados dos sintomas e para a procura dos cuidados de saúde, podendo associar-se medos quer da doença em si quer das suas consequências. Segundo Butler<sup>45</sup>, o doente vê o sintoma como a reacção ou interpretação da sua situação no mundo e, nesta perspectiva podemos dizer que o que leva o doente à consulta não é tanto o sintoma mas o que ele pensa sobre o sintoma. Nestas circunstâncias, o papel do clínico é o de ajudar o doente a encontrar o sentido dos seus sintomas como parte legítima na percepção do seu mundo e, até, do seu próprio corpo<sup>46</sup>.

Por outro lado, a existência de múltiplos diagnósticos no passado, particularmente se não confirmados, é sugestiva de sintomas somatoformes<sup>47</sup>. Uma boa parte dos doentes mencionava causas psicossociais para explicar os seus sintomas. Os que, antes da consulta, tinham a ideia de uma causa física, no momento da entrevista aceitavam a causa psicológica comportando-se, neste sentido, como “somatizadores facultativos”<sup>17</sup>. No entanto, o mais frequente é o doente ter uma multiplicidade de explicações para os seus sintomas, embora possa apresentar ao médico apenas uma, sendo a identificação desta interpretação um passo importante da terapêutica<sup>22</sup>. Mais de metade dos doentes com sintomas somatoformes oferece, durante a consulta, oportunidades empáticas que sugerem que acredita que, na base dos seus sintomas, pode não haver doença orgânica a que, frequentemente, os clínicos não respondem<sup>48</sup>.

O impacto dos sintomas na vida do doente é predominantemente emocional mantendo o doente as suas rotinas da vida diária. A maioria dos doentes

referiu ter falado dos sintomas com familiares e ou amigos, cujos discursos também contribuíram para a construção do esquema mental do doente e para a decisão de procurar a consulta. Neste sentido, a procura da consulta por parte do doente é o resultado de muitos discursos ocultos que contribuem para a construção das suas crenças<sup>49</sup>. Aos clínicos é exigido, por um lado levar o doente a falar sobre os sintomas psicológicos mascarados por uma fachada de queixas físicas e, por outro, sugerir-lhe a associação entre as emoções e as manifestações físicas das mesmas<sup>50-52</sup>, sem esquecer que a exploração do contexto familiar é, frequentemente, a chave para o entendimento dos sintomas somatoformes<sup>53</sup>.

A maioria dos doentes tinha expectativas para a consulta, com maior frequência, fazer exames complementares de diagnóstico e, menos frequente, prescrição de medicamentos. No entanto, o médico prescreveu mais medicamentos e pediu menos exames do que os doentes esperavam. Esta diferença, entre as expectativas do doente e o que obtêm da consulta, pode traduzir a necessidade mais sentida pelo doente: saber se os sintomas indiciam ou não uma doença grave e, não tanto, um tratamento sintomático. No entanto, o médico pode sentir que o doente procura medicação. Embora os doentes procurem um diagnóstico ou explicação para os seus sintomas, o mais frequente é encontrarem um médico que lhes diz que os seus sintomas são normais sem explicação ou com explicação ineficaz. O treino dos clínicos na reestruturação cognitiva aumenta a confiança na abordagem dos doentes com sintomas somatoformes e a percepção destes de que podem ser ajudados a este nível<sup>20,21</sup>.

Segundo Dowrick *et al.*<sup>21</sup>, entende-se por normalização as afirmações indicadoras de provável ausência de doença grave, estando os sintomas dentro de um aceitável espectro de experiência, sendo muito provavelmente benignos ou auto-limitados e, por isso, sem necessidade de intervenção de cuidados de saúde. Nos nossos entrevistados o comportamento de normalização sem explicação, frequente nos clínicos perante os doentes com sintomas somatoformes, é relatado como sendo também o conteúdo de alguns discursos ocorridos antes da consulta com entes próximos. Embora Dowrick *et al.* não falem de normalização eficaz sem explicação, do presente estudo parece ser

possível concluir que ela pode acontecer desde que exista uma relação terapêutica de confiança.

Alguns doentes entrevistados (4/15) evoluíram para a cronicidade. Outros autores também identificaram que 20% a 30% de doentes evoluem para a cronicidade<sup>5,54,55</sup> e, por isso, propõem que o clínico se foque mais na recuperação da função e não tanto na remissão dos sintomas<sup>6,56</sup>. A forte convicção na doença física é um determinante significativo de cronicidade<sup>57</sup>.

O objectivo primário do presente estudo era conhecer o que os doentes propõem para abordar os sintomas somatoformes. Alguns doentes invocam a actuação do seu médico como modelo de procedimento com quem tem sintomas somatoformes, podendo significar o reconhecimento do valor da sua actuação e a confiança no mesmo mas, também, pode ser uma resposta de facilitismo. Noutra perspectiva, a referência ao seu médico como modelo de comportamento também pode ser interpretada como consequência da interdependência dos comportamentos, ou seja, quer os dos doentes quer os dos profissionais de saúde são uma co-construção.

O comportamento de escuta do médico é valorizado pelos doentes colocando a palavra, se não em nível superior, pelo menos em pé de igualdade com o medicamento. Os doentes que não se sentem escutados crêem que os seus médicos não os levam a sério, não os envolvem na decisão e não lhes dão tempo<sup>58</sup> criando-se as condições para se estabelecer a “causalidade contestada” descrita por Engel *et al.*<sup>16</sup> São os doentes com problemas psicológicos que valorizam a escuta e o aconselhamento, mais que a prescrição medicamentosa<sup>59</sup>.

O alicerce de todo o plano de abordagem dos doentes com este tipo de sintomas é a relação terapêutica<sup>19,25,60</sup>. O poder terapêutico da relação está patente quando um dos entrevistados dispensa as palavras do médico para explicar a natureza dos seus sintomas. É como se o conhecimento adquirido desse para cada um saber o que o outro pensa. Uma relação terapêutica efectiva instala-se num contexto de aliança, caracterizado por rituais de aceitação mútua, como é a marcação de consulta periódica, o exame físico orientado para as queixas, a escuta activa e, eventualmente, a requisição de exames complementares de diagnóstico e ou a prescrição de

medicamentos<sup>26,61</sup>. Para além disso, a relação favorece a compreensão dos sintomas e esta contribui para a construção da relação<sup>62</sup>.

Os exames complementares de diagnóstico, independentemente da sua eventual utilidade para o diagnóstico, podem ser importantes na demonstração de interesse nos problemas do doente, funcionando como elementos para a construção da confiança que é um importante sustentáculo da relação. A necessidade de exames complementares de diagnóstico pode ser mais premente nos doentes com crenças biofísicas mais arraigadas e, provavelmente, é neste tipo de doentes que podem ser mais importantes para a construção da relação terapêutica, obedecendo aos princípios da abordagem centrada no paciente<sup>63</sup>. Os clínicos tendem a justificar os seus pedidos de exames complementares de diagnóstico com a pressão dos doentes, mas a evidência mostra que estas requisições são a resposta a narrativas do doente mais dramatizadas como seja a descrição mais exuberante dos sintomas e do seu impacto na vida diária, utilização de linguagem metafórica e emotiva, defesa da crença numa causa biomédica, stress emocional gerado pelos sintomas, etc. Portanto, parece haver uma pressão subjectiva, perante a qual o clínico reage com tensão emocional o que, normalmente, desencadeia comportamentos automáticos que, neste caso, será uma resposta de intervenção sintomática<sup>64</sup>. No entanto, deve ter em atenção que este comportamento pode reforçar a crença no puramente orgânico<sup>65-69</sup>. O recurso a exames complementares de diagnóstico deve ser parcimonioso dado que este tipo de doentes, em comparação com a generalidade dos doentes, tem uma maior probabilidade de serem submetidos a tomografias computadorizadas, provas de esforço, endoscopias e ecografias abdominais<sup>70</sup>. O comportamento do médico pode reforçar a ideia de causa orgânica no doente contribuindo para a cronicidade, medicação e medicalização de situações benignas. Shortt diz que “são precisos dois para somatizar”, para frisar a responsabilidade do comportamento do médico na construção dos esquemas mentais e dos comportamentos do doente<sup>71,72</sup>. Os estudos de García-Campayo *et al* indiciam que a prevenção da somatização não reduz a frequência de perturbações somatoformes mas reduz as perturbações de ansiedade e depressivas<sup>73</sup>.

A legitimação dos sintomas é uma das estratégias mais preconizada para os doentes com sintomas somatoformes<sup>23</sup>. O doente, independentemente da

causa do seu problema, deve sentir que os seus sintomas e preocupações são levados a sério<sup>74,75</sup>, e as explicações devem assentar em mecanismos tangíveis, desculpabilizantes, oferecendo oportunidades de auto-controlo e de empoderamento do doente<sup>14,76,77</sup>, tendo o cuidado de verificar o entendimento da explicação dada<sup>18</sup>. Por outro lado, o doente deve sentir que o médico acredita nele e que os seus sintomas são, geralmente, frequentes e reversíveis<sup>78</sup>.

O clínico deve ser suficientemente flexível de modo a respeitar as fases de adaptação do doente ao seu sofrimento e a aceitação das explicações para o mesmo. Este procedimento favorece a mudança das crenças e das atitudes inadequadas e, deste modo, a implementação de comportamentos mais adaptados. Porque o doente com sintomas somatoformes tem uma grande diversidade de expectativas, exige-se que o profissional tenha um leque variado de estratégias de abordagem: tranquilização, verificação do diagnóstico, prescrições, exames complementares de diagnóstico, suporte emocional. Se o médico reage de modo único a doentes com necessidades diferentes faz aumentar o recurso aos serviços e a iatrogenia<sup>79</sup>. O clínico deve ter sempre presente que o doente, apesar de sair do consultório aparentemente (con)vencido, vai ter recaídas nas suas dúvidas.

Pelo menos uma parte dos doentes<sup>80</sup> e dos autores entende que os cuidados primários de saúde são o local de eleição para a terapêutica efectiva dos doentes com sintomas somatoformes<sup>36,60,81</sup>.

### **Limitações do estudo**

O presente estudo foi realizado na população de uma unidade prestadora de cuidados de saúde personalizados, com uma população estável, com relações médico-doente construídas ao longo de vários anos. Este facto pode favorecer respostas de conveniência, contudo, durante as entrevistas, não foi detectada qualquer incoerência que sugerisse tal tipo de respostas. Apenas um dos entrevistados se mostrou menos satisfeito com o modo como o seu problema de saúde foi abordado, no entanto, mantém-se a dúvida porquanto o entrevistador é médico na mesma unidade. Já mais problemático é o facto de estes doentes possuírem algumas peculiaridades resultantes da relação prolongada com os seus clínicos como é a contaminação das suas ideias com



as dos seus médicos, podendo estas ideias reflectirem mais o pensamento dos respectivos clínicos. Para além disso, os médicos da unidade de cuidados onde o estudo foi realizado, têm preocupações de ensino em medicina geral e familiar e valorizam muito particularmente a relação, considerando-a como instrumento terapêutico. Fica então a dúvida, se os doentes entrevistados tivessem outros médicos pensariam de outro modo?

As entrevistas apelam à memória dos doentes de factos ocorridos há mais de 6 meses, particularmente quando se procura saber o que pensavam antes e o que foi feito durante a consulta. No entanto, o principal objectivo do trabalho era conhecer o que os doentes propõem para o tratamento de situações semelhantes o que não dependia da memória e, nesse aspecto, todos os doentes expressaram as suas ideias embora um terço tenha invocado o seu médico como modelo.

## **CONCLUSÃO**

Os cuidados primários de saúde constituem o local de eleição para a abordagem dos doentes com sintomas somatoformes sem prejuízo de recurso episódico a outras especialidades.

Os doentes à entrada da consulta têm a expectativa de receberem mais exames complementares de diagnóstico que medicações, no entanto, saem com mais medicação e muito menos exames do que esperavam. O pedido de exames complementares de diagnóstico deve resultar da negociação e compreensão do doente assumindo que este pedido, para além da eventual utilidade de diagnóstico, tem, sobretudo nestas condições, uma função instrumental na construção da relação e assume um simbolismo do interesse do clínico pelo doente e pelas suas queixas.

A base terapêutica assenta na construção da relação médico-doente efectiva. A escuta é a habilidade comunicacional médica mais esperada pelos doentes. O clínico deve ter flexibilidade que permita respeitar a lentidão relativa do doente no seu processo de negociação interna e de mudança de representações, crenças e, muitas vezes, adaptação a novas realidades pessoais.



O médico de família tem, nestas situações clínicas, responsabilidade na prevenção primária e quaternária. Para o efeito, deve procurar proteger o doente de entrar numa cadeia de produção de doença, de exame em exame, intervenção em intervenção, negando permanentemente a realidade interna do doente, acaba por se cumprir a profecia auto-realizadora em que a “doença” se instala como realidade experienciada. Para tal, deve ajudar o doente na reestruturação cognitiva do significado dos seus sintomas e evitar o recurso intempestivo e irracional a medicação, exames complementares de diagnóstico ou referenciação a outros especialistas com o risco elevado de medicalização e iatrogenia.

O presente estudo indicia que a abordagem dos doentes com sintomas somatoformes é extremamente exigente em termos de habilidades comunicacionais e na capacidade de o clínico se utilizar como o principal agente terapêutico. Considerando que se trata de um motivo de consulta frequente em medicina geral e familiar, que a formação médica pré-graduada se reduz essencialmente à prescrição medicamentosa e à utilização de exames complementares de diagnóstico, é premente que o treino nas habilidades comunicacionais seja incluído, com peso elevado, nos conteúdos curriculares da especialidade. Esta preocupação deve estar omnipresente em todo o ensino médico. Na abordagem de qualquer problema de saúde devem ser considerados os aspectos comunicacionais que passam por conhecer, para além da fisiopatologia, as implicações psíquicas e sociais, na medida em que o doente não é um sujeito inerte que absorve de modo passivo o impacto da intervenção da medicina, mas antes um actor cujos esquemas mentais vão condicionar o impacto das acções terapêuticas, sejam elas dirigidas a sintomas sem doença, sejam a patologias concretas.

Em relação às crenças pré-investigação do autor, enunciadas na “introdução” confirmaram-se as seguintes: 1) “os doentes com sintomas somatoformes quando vão à consulta têm ideias explicativas para os seus sintomas e medos que os levam a procurar os serviços”; 2) “levam, para a consulta, expectativas que não são satisfeitas e muito menos avaliadas pelo médico”; 3) “os doentes têm opinião sobre o modo como os médicos devem tratar os doentes com sintomas físicos mas sem doença”.

Em relação às seguintes crenças houve modificação no sentido em que a seguir se descreve:

- 1) “Saem das consultas, insatisfeitos com a actuação do médico”. Das entrevistas realizadas, a quase totalidade estava satisfeita com a actuação do médico. Apenas um declarou insatisfação e tratava-se de um doente com uma relação com o respectivo médico, de início muito recente.
- 2) “Prescrevem-lhes grande quantidade de medicamentos e de exames”. Dos entrevistados não se identificou a prescrição de exames em excesso, pelo menos na perspectiva do doente, embora na medicação pareça ter havido mais prescrição que aquilo que os doentes esperavam.
- 3) “Os exames complementares de diagnóstico podem ser mais prejudiciais que benéficos por contribuírem para reforçar as ideias de causalidade orgânica do doente”. Sem negar a veracidade ou falsidade desta afirmação, identificou-se para os exames complementares de diagnóstico uma função de preservação da relação e uma forma de o doente percepcionar maior empenho no seu problema e validação dos seus sintomas e pessoa por parte do médico.

### **Propostas de investigação para o futuro**

Precisar o que os doentes entendem por escuta e que tipo de comportamento têm de ver no médico que os levem a sentir-se escutados. Estudar se há variação das ideias dos doentes em função das ideias, atitudes e comportamentos dos respectivos médicos e se a mudança de médico implica modificação dos comportamentos na utilização dos serviços de saúde e da expectativa do que os serviços lhes podem dar. Uma outra área de investigação, muito mais ampla, poderá ser o estudo do valor prognóstico do tipo de representação mental que o doente tem sobre o seu sofrimento. O pessimismo ou o optimismo do doente terão impacto sobre a evolução da sua doença? A ser verdade, qual o seu valor?

### **Referências bibliográficas**

1. Peveler R, Kilkenny L, Kinmonth AL. Medically unexplained physical symptoms in primary care: a comparison self-report screening questionnaires and clinical opinion. *J Psychosom Res* 1997; 42(3):245-52.

2. Mumford DB, Devereux TA, Maddy PJ, Johnston JV. Factors leading to the reporting of 'functional' somatic symptoms by general practice attenders. *Br J Gen Pract* 1991; 41: 454-458.
3. Burton C. Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). *British Journal of General Practice* 2003; 53:233-249.
4. Swanson LM, Hamilton JC, Feldman MD. Physician-based estimates of medically unexplained symptoms: a comparison of four case definitions. *Fam Pract* 2010; 0:1-7. DOI:10.1093/fampra/cm0051.
5. Smith R C, Dwamena FC. Classification and Diagnosis of Patients with Medically Unexplained Symptoms. *Society of General Internal Medicine* 2007;22:685–691. DOI: 10.1007/s11606-006-0067-2.
6. Jackson JL, Passamonti M. The Outcomes Among Patients Presenting in Primary Care with a Physical Symptom at 5 Years. *J Gen Intern Med* 2005; 20:1032–7. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2005.0241.x.
7. Lynch DS, McGray AV, Nagel RW, Wahl E. The Patient-Physician Relationship and Medical Utilization. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2007; 9:266-70.
8. Jackson JL e Kroenke K. Managing Somatisation. Medically Unexplained Should Not Mean Medically Ignored. *J Gen Intern Med*. 2006; 21(7):797–9.
9. Hammarström A, Janlert U. Early unemployment can contribute to adult health problems: results from a longitudinal study of school leavers. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:624–30.
10. Waal MWM, Arnold IA, Eekhof JAH, Assendelft WJJ, van Hemert AM. Follow-up study on health care use of patients with somatoform, anxiety and depressive disorders in primary care. *BMC Family Practice* 2008, 9:5 doi:10.1186/1471-2296-9-5.
11. Hartman TC, Lucassen PLBJ, van de Lisdonk EH, Bor HHJ, van Weel C.(2004) Chronic functional somatic symptoms: a single syndrome? *Br J Gen Pract*, 54:922-927.
12. Escobar JE, MD, Golding JM, Hough RL, Karno M, Burnam MA, Wells KB. Somatization in the Community: Relationship to Disability and Use of Services. *Am J Public Health* 1987;77:837-40.

13. Dimsdale JE e Dantzer R. A Biological Substrate for somatoforme Disorders: Importance of Pathophysiology. *Psychosom Med* 2007; 69(9):850-854. DOI:10.1097/PSY.0b013e31815b00e7.
14. Salmon P, Peters S e Stanley I. Patients' perceptions of medical explanations for somatization disorders: qualitative analysis. *BMJ* 1999; 318:372.
15. Engel CC Jr, Katon WJ. Population and need-based prevention of unexplained symptoms in the community. In: *Strategies to Protect the Health of Deployed U.S. Forces: Medical Surveillance, Record Keeping and Risk Reduction (Institute of Medicine)*. Washington DC: National Academy Press, 1999:173-212.
16. Engel CC, Adkins JÁ e Cowan DN. Caring for Medically Unexplained Physical Symptoms after Toxic Environmental Exposures: Effects of Contested Causation. *Environ Health Perspect* 2002;110(Sup 4):641-7.
17. Kirmayer L, Robbins J, Dworkind M, Yaffe M. Somatisation and the recognition of anxiety and depression in primary care. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 734-41.
18. Rief W, Heitmüller AM, Reisberg K, Rüddel H. Why reassurance fails in patients with unexplained symptoms – An experimental investigation of remembered probabilities. *PloS Med* 2006; 3(8):e269. DOI.10.1371/journal.pmed.0030269.
19. Wileman L, May C, Chew-Graham CA. Medically unexplained symptoms and the problem of power in the primary care consultation: a qualitative study. *Family Practice* 2002; 19:178-182.
20. Salmon P, Peters S, Clifford R, Iredale W, Gask L, Rogers A *et al.* Why do General Practitioners Decline Training to Improve Management of Medically Unexplained Symptoms? *Society of General Internal Medicine* 2007;22:565-71.
21. Dowrick CF, Ring A, Humphris GM, Salmon P. (2004) Normalisation of unexplained symptoms by general practitioners: a functional typology. *Br J Gen Pract*; 54:165-170.
22. Rief W. Analyzing the Problems in Managing Patients with Medically Unexplained Symptoms. *J Gen Intern Med* 2007; 22:704-706. DOI: 10.1007/s11606-007-0151-2.
23. Gordon GH: Treating somatizing patients. *West J Med* 1987 Jul; 147:88-91.

24. Kirmayer LJ, Groleau D, Looper KL, Dao MD. Explaining Medically Unexplained Symptoms. *Can J Psychiatry* 2004;49:663-72.
25. Miller RC. The somatically preoccupied patient in primary care: use of attachment theory to strengthen physician-patient relationships. *Osteopathic Medicine and Primary Care* 2008; 2:6. DOI:10.1186/1750-4732-2-6.
26. Hartman TC, Hassink-Franke LJ, Lucassen PL, van Spaendonck e van Weel C. Explanation and relations. How do general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: a focus group study. *BMC Family Practice* 2009;10:68. DOI:10.1186/1471-2296-10-68.
27. Fraser FD. Functional Somatic Symptoms: Family Practice Perspective. *Can Fam Physician* 1990;36:1179-1184.
28. Fischhoff B, Wessely S. Managing patients with inexplicable health problems. *BMJ* 2003;326:595–7.
29. Yeung AS, Guang HD. Somatoform Disorders in Primary Care. *Western Journal of Medicine* 2002;176:253-6.
30. Escobar JI, Gara MA, Diaz-Martinez AM, Interian A, Warman M, Allen LA et al. (2007). Effectiveness of a Time-Limited Cognitive Behavior Therapy-Type Intervention Among Primary Care Patients With Medically Unexplained Symptoms. *Ann Fam Med* 2007; 328-335. DOI: 10.1370/afm.702.
31. Jerjes W, Madland G, Feinmann C, El-Maaytah M, Kumar M, Colin Hopper C, Upile T, Newman S. Psycho-education programme for temporomandibular disorders: a pilot study. *Journal of Negative Results in BioMedicine* 2007, 6:4 DOI:10.1186/1477-5751-6-4.
32. Sumathipala A. What is the Evidence for the Efficacy of Treatments for Somatoform Disorders? A Critical Review of Previous Intervention Studies. *Psychosom Med* 2007; 69:889-900.
33. Raine R, Haines A, Sensky T, Andrew Hutchings, Larkin K, Black N. Systematic review of mental health interventions for patients with common somatic symptoms: can research evidence from secondary care be extrapolated to primary care? *BMJ* 2002;325:2-11.
34. Speckens AEM, Hemert AM, Spinhoven P, Hawton KE, Bolk JH, Rooijmans HGM. Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a randomized controlled trial. *BMJ* 1995;311:1328-32.

35. Gordon GH, Baker LH, Boverman J. Successful medical and psychological management of recurring chest pain and frequent hospital admissions in a patient with coronary artery disease. *West J Med* 1994;160:371-5.
36. Smith RC, Lyles JS, Gardiner JC, Sirbu C, Hodges A, Collins C, Dwamena FC, Lein C, Given CW, Given B, Goddeeris J. Primary Care Clinicians Treat Patients with Medically Unexplained Symptoms: A Randomized Controlled Trial. *J Gen Intern Med* 2006; 21:671–7. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2006.00460.x.
37. Speckens AEM, Hemert AM, Spinhoven P, Hawton KE, Bolk JH, Rooijmans HGM. Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a randomized controlled trial. *BMJ* 1995;311:1328-32.
38. Kolk AMM, Schagen S, Hanewald GJFP. Multiple medically unexplained physical symptoms and health care utilization. Outcome of psychological intervention and patient-related predictors of change. *J Psychosom Res* 2004; 57: 379–89.
39. Luo Z, Goddeeris J, Gardiner JC, e Smith RS. Costs of an Intervention for Primary Care Patients With Medically Unexplained Symptoms: A Randomized Controlled Trial. *Psychiatr Serv.* 2007 ; 58(8):1079–86. DOI:10.1176/appi.ps.58.8.1079.
40. Kvale S. *Doing Interviews*. Los Angeles: Sage Publications; 2007.
41. Guerra IC. *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo. Sentidos e formas de uso*. Cascais: Principia Editora, Lda.; 2008.
42. Gregory RJ. Characteristics Of Patients Assigned Multiple Nonthreatening Medical Diagnoses. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry* 2001;3:164–7.
43. Jones E e Wesselys S. War Syndromes: The Impact of Culture on Medically Unexplained Symptoms. *Medical History* 2005; 49:55–78.
44. Helman CG. Disease versus illness in general practice. *J Royal College Gen Practitioners* 1981;31:548-552.
45. Butler C, Evans M, Greaves D, Simpson S. Medically unexplained symptoms: the biopsychosocial model found wanting. *J R Soc Med* 2004; 97:219-222.
46. Alfrell M, Biguet G, Rudebeck CE. Living with a body in pain – between acceptance and denial. *Scand J Caring* 2007;21:291-6.

47. Schrag A, Brown RJ, Trimble MR. Reliability of self-reported diagnoses in patients with neurologically unexplained symptoms. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004;75:608–611. DOI: 10.1136/jnnp.2003.020552.
48. Salmon P, Dowrick C, Ring A e Humphris G. Voiced but unheard agendas: qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners. *Br J Gen Pract* 2004; 54:171-176.
49. Hong ZR, Hong SY, Han MJ, Lee HS, Gil HO, Yang JO, Lee EY, Hong SY. Clinical Observation of 12 Farmers Who Believe Themselves to Have Suffered from Chronic Pesticide Intoxication. *The Korean Journal of Internal Medicine* 2008; 23:1-4.
50. Lloyd G. Medicine without signs. *Br Med J* 1983;287:539-42.
51. Lloyd G. Hysteria: a case for conservation? *Br Med J* 1986;293:1255-6.
52. Lempp HK, Hatch SL, Carville SF and Choy EH. Patients' experiences of living with and receiving treatment for fibromyalgia syndrome: a qualitative study. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2009, 10:124 DOI:10.1186/1471-2474-10-124.
53. Weiss R, Fogelman Y, Yaphe J. Somatization in response to undiagnosed obsessive compulsive disorder in a family. *BMC Family Practice* 2003, 4:1
54. Kooiman CG, Bolk JH, Rooijmans HGM, Trijsburg RW. Alexithymia Does Not Predict the Persistence of Medically Unexplained Physical Symptoms. *Psychosomatic Medicine* 2004; 66:224-32. DOI:10.1097/01.psy.0000116714.38868.06.
55. Khan AA, Khan A, Harezlak J, Tu W, Kroenke K. Somatic Symptoms in Primary Care: Etiology and Outcome. *Psychosomatics* 2003;44:171-8.
56. Main CJ, Williams AC. ABC of psychological medicine musculoskeletal pain. *BMJ* 2002;325:534-7.
57. Wilson A, Hickie I, Lloyd A, Hadzi-Pavlovic D, Boughton C, Dwyer J, Wakefield D. Longitudinal study of outcome of chronic fatigue syndrome. *BMJ* 1994;308:756-9.
58. Dirkzwager AJE e Verhaak PFM. Patients with persistent medically unexplained symptoms in general practice: characteristics and quality of care. *BMC Family Practice* 2007; 8:33.



59. Cape J. How general practice patients with emotional problems presenting with somatic or psychological symptoms explain their improvement. *Br J Gen Pract* 2001; 51:724-9.
60. Smith RC, Lein C, Collins C, Lyles JS, Given B, Dwamena FC, et al. 2003. Treating patients with medically unexplained symptoms in primary care. *J Gen Intern Med*; 18:478-489.
61. Chambers TL. Semeiology—a well established and challenging paediatric speciality. *Arch Dis Child* 2003;88:281–2.
62. Reid S. Multiple chemical sensitivity. Is the environment really to blame? *J R Soc Med* 1999;92:616-9.
63. Dwamena FC, Lyles JS, Frankel RM e Smith RC. In their own words: qualitative study of high-utilising primary care patients with medically unexplained symptoms. *BMC Family Practice* 2009; 10:67. DOI:10.1186/1471-2296-10-67.
64. Ring A, Dowrick C, Humphris G e Salmon P. Do patients with unexplained physical symptoms pressurise general practitioners for somatic treatment? A qualitative atudy. *BMJ*, DOI:10.1136/bmj.38957.622639.EE (published 31 March 2004).
65. Creed F. Should general psychiatry ignore somatization and hypochondriasis? *World Psychiatry* 2006; 5:3.
66. Escobar JI. Does Simple “Reassurance” Work in Patients with Medically Unexplained Physical Symptoms? *PLoS Med* 2006; 3(8):e3.DOI: 10.1371/journal.pmed.0030313.
67. Greenberg DB, Clinical Dimensions of Fatigue. Primary Care Companion. *J Clin Psychiatry* 2002;4:90–93.
68. O' Brien MC. Medically unexplained neurological symptoms. The risk of missing organic disease is low. *BMJ* 1998;316:564–5.
69. Page LA, Wessely S. Medically unexplained symptoms: exacerbating factors in the doctor–patient encounter. *J R Soc Med* 2003;96:223–227.
70. Reid S, Wessely S, Crayford e Hotopf M. Frequent attenders with medically unexplained symptoms: service use and costs in secondary care. *British Journal of Psychiatry* 2002; 180:248-253.
71. Shortt SED. 1986. An Approach to Somatization in Family Medicine. *Can Fam Physician* 1986;32:2521-2524.



72. Staneley I, Salmon P, Peters S. (2002) Doctors and social epidemics: the problem of persistent unexplained physical symptoms, including chronic fatigue. *Br J Gen Pract*; 355-336.
73. García-Campayo J, Arevalo E, Caroco LM, Alda M, del Hoyo YL. A prevention programme for somatoform disorders is effective for affective disorders. *Journal of Affective Disorders* 2009, DOI:10.1016/j.jad.2009.06.031.
74. Mayou R. Medically unexplained physical symptoms. Do not overinvestigate. *BMJ* 1991; 303(7):534-5.
75. Stone J, Carson A, Sharpe M. Functional Symptoms in Neurology: Management. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005;76(Suppl I):i13–i21. DOI: 10.1136/jnnp.2004.061663.
76. Butchart J. Empowerment for patients with medically unexplained symptoms. *J R Soc Med* 2005; 98:187.
77. Salmon P, Hall GM. Patient empowerment or the emperor's new clothes. *J R Soc Med* 2004;97:53–56.
78. Stone J, Carson A, Sharpe M. Functional Symptoms in Neurology: Management. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005;76(Suppl I):i13–i21. DOI: 10.1136/jnnp.2004.061663.
79. Rief W, Broadbent E. Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. *Clinical Psychology Review* 2007;27:821-41.
80. Fritzsche K, Armbruster U, Hartmann A, Wirsching M. Psychosocial primary care – what patients expect from their General Practitioners A cross-sectional trial. *BMC Psychiatry* 2002, 2:5.
81. Horder J. The Role of the General Practitioner in Psychological Medicine. *Proc. R. Soc. Med.* 1967; 60:261-70.



## **PARTE III**

# **DISCUSSÃO E CONCLUSÕES**



## O problema dos sintomas sem sinais

A saúde e a doença são os extremos de um contínuo com uma infinidade de cambiantes intermédios. No entanto, num raciocínio categorial, tendemos a classificar a pessoa, que está na consulta, como saudável ou como doente.

Olhando para este contínuo, a medicina familiar trabalha no extremo da saúde enquanto as restantes especialidades hospitalares trabalham no extremo da doença. Neste sentido, podemos dizer que a Medicina Geral e Familiar (MGF) é a especialidade do normal, do saudável. As disciplinas hospitalares são especialidades do anormal, do doente. Esta diferença de âmbitos de intervenção, ou melhor o seu reconhecimento, é importante para tomar consciência de algumas diferenças de atitudes e comportamentos que se verificam entre a MGF e as especialidades hospitalares. As especialidades hospitalares, trabalham no polo da doença e, assim sendo, qualquer sujeito que entre no seu campo de atuação, até prova em contrário, é doente. Já a MGF, ao trabalhar no polo da saúde, tende a ver qualquer sujeito como saudável ou normal, até prova em contrário. Assim, inevitavelmente, existirá na MGF o risco de considerar saudável o doente (erro de tipo II), assim como haverá na medicina hospitalar, o risco de considerar doente o saudável (erro de tipo I). O erro do tipo II, é o mais temido pelos profissionais de saúde, no entanto, o erro de tipo I, o de encontrar uma diferença onde ela não existe, o de inventar uma doença, pode ser muito mais grave para o doente mas não é tão assustador para o profissional. Mesmo assim, é em MGF que encontramos a maior preocupação por este tipo de erro, o que está bem patente ao ser esta especialidade que desenvolveu o conceito de prevenção quaternária<sup>1</sup>, com a qual se pretende proteger o doente dos efeitos nocivos da utilização dos serviços de saúde o que inclui a medicalização e a iatrogenia com os falsos diagnósticos.

A desvalorização do erro de tipo I, está bem patente no aforismo “se encontrares alguém que se afirme saudável é porque ainda não foi suficientemente estudado”.

Os sintomas físicos estão praticamente omnipresentes na população. Por outro lado, toda a formação médica centra-se no conhecimento da doença e de como a tratar, mas o estudo da dor e de como a bordar é praticamente ausente

dos curricula médicos. Nestas condições, os doentes com sintomas somatoformes que têm dor mas não doença, correm elevado risco de serem iatrogenizados e ou medicalizados.

### **A frequência dos sintomas somatoformes**

Três, em cada quatro pessoas, referem perceber um sintoma físico pelo menos uma vez por semana e cerca de metade procura os serviços de saúde para os resolver ou minimizar. Comparando com estudos<sup>2-5</sup> anteriores, constata-se que a frequência de sintomas físicos, encontrada no nosso estudo, “*FREQUÊNCIA DOS SINTOMAS FÍSICOS NA POPULAÇÃO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR PORTUGUESA: estudo transversal*”, é semelhante à encontrada por outros autores com outras populações residentes. Mais de metade da população com sintomas recorreu ao médico pelos seus sintomas, valor idêntico ao encontrado por outros estudos internacionais<sup>3,4</sup>. Em Portugal, Fabião *et al.*<sup>6</sup> encontraram valores de 63,4% mas numa amostra de população que estava a utilizar os serviços de saúde. Este aumento de procura pode traduzir uma progressiva valorização dos sintomas pela população, eventualmente, consequência dos temas da saúde estarem omnipresentes nas agendas dos média. Segundo o estudo do autor<sup>7</sup>, em 2001 publicavam-se em média, por dia, nos jornais nacionais, 23 notícias relacionadas com a saúde. Para além da presença constante, acresce que o contexto predominante das notícias relacionadas com a saúde é o da “abordagem médica”. Segundo Karpf<sup>8</sup>, o contexto noticioso de “abordagem médica” caracteriza-se por celebrar os poderes curativos da medicina. Está centrado e organizado em torno da doença, foca-se nas investigações clínicas e operações. Enfatiza a alta tecnologia e as intervenções de base hospitalar. Os médicos são considerados as únicas autoridades legitimadas sobre o que constitui doença e o modo como deve ser tratada. Esta abordagem parte do pressuposto de que os médicos encontrarão uma cura para a doença e considera a saúde igual a utilização de serviços de saúde. Implicitamente dizem aos doentes e potenciais doentes o que a medicina deve fazer por eles. Nesta perspetiva a população divide-se em doentes e potenciais doentes. Em Portugal, segundo o estudo atrás mencionado<sup>7</sup>, 79% das notícias relacionadas

com a saúde têm uma contextualização que está de acordo com o “*abordagem médica*” de Karpf, ficando os restantes contextos muito reduzidos: ambiental com 15%, “*cuide de si*” e “*de consumidor*” com 3%. Portanto, parece haver todo um contexto de comunicação social que condiciona a construção de um comportamento de procura de cuidados de saúde.

Para além disso, aquele aumento de comportamento de procura pode evidenciar maior acessibilidade aos serviços de saúde, tanto mais que a população estudada estava inscrita numa unidade de saúde, cuja característica principal é assegurar o fácil acesso a cuidados de saúde. Muito provavelmente os dois fatores conjugados funcionam de modo sinérgico: a comunicação social aumenta a sensibilidade para os problemas da saúde, e aumenta a pressão política para o aumento da acessibilidade aos serviços de saúde. De certo modo esta abordagem predominante, reduz o sentido de autoeficácia da população nos seus autocuidados e, até, da capacidade regeneradora da natureza, instilando-lhe uma ideia de culpabilização se, perante o surgimento do sintoma, não recorrer de imediato aos serviços de saúde, levando-o muitas vezes a tomar a decisão de o fazer para minimizar o arrependimento e não tanto pela intensidade do sintoma.

Estes valores merecem aprofundamento com estudos alargados a populações mais representativas da população portuguesa. Se eles corresponderem à verdade, pode estar em causa o aumento da dependência das populações em relação aos serviços de saúde, sendo, então, importante implementar estudos que possam avaliar do impacto real nos ganhos em saúde para a população.

Dos sintomas referidos, os mais frequentes são a fadiga e as dores de costas, dos músculos e de cabeça, todos significativamente mais frequentes no género feminino.

Segundo o estudo, “*FREQUÊNCIA DE DOENTES COM SINTOMAS SOMATOFORMES NA CONSULTA DE MGF*”, 8% das consultas efetuadas neste contexto são com doentes que referem sintomas físicos e que os médicos consideraram como não tendo explicação orgânica. Trata-se de um número baixo quando comparado com a literatura internacional em que se encontram valores que variam de 15 a 39%<sup>9-12</sup>. Para este baixo valor pode ter contribuído o facto de terem sido consideradas para o denominador as consultas de vigilância de saúde infantil e materna e planeamento familiar

onde, eventualmente, este tipo de sintomas pode ser referido com menor frequência e, neste contexto, os próprios clínicos podem tender a não os valorizar. Nesta sequência, importa alargar este estudo recorrendo a uma amostra de clínicos com maior representatividade nacional.

Para além disso, a amostra dos clínicos é pequena e dois deles notificaram um número reduzido de casos. O facto de estes dois clínicos serem, dentro do grupo de investigação, os mais jovens na especialidade, leva-nos a colocar a hipótese de à medida que aumenta a maturidade clínica aumenta a aceitação e ou aprende-se a (con)viver com este tipo de doentes. Esta aprendizagem pode facilitar a abordagem terapêutica, sem necessidade de forçar um diagnóstico que pode ser contraproducente para o doente, por lhe reduzir a confiança na recuperação e se transformar em profecia auto-realizadora. No entanto, esta é uma hipótese que carece de demonstração.

O facto de em 95% dos casos o diagnóstico não se ter modificado, ao fim de seis meses, indicia risco reduzido de omissão de doença orgânica. Para além disso, comparando com a generalidade da população, os doentes considerados como tendo sintomas somatoformes tem maior probabilidade de já terem diagnósticos de depressão, ansiedade, cefaleias de tensão e síndrome do cólon irritável.

### **Estratégias de abordagem na clínica**

Constatamos que quase 9 em cada 10 doentes que vêm à consulta com sintomas somatoformes tem uma hipótese de explicação para os seus sintomas que, na maior parte das vezes, se associam a medos e que os conseguem verbalizar. O nosso estudo “*O QUE PENSAM OS DOENTES COM SINTOMAS SOMATOFORMES. Estudo qualitativo*” também revela que as experiências do passado, pessoais e familiares, são importantes para a atribuição dos significados dos sintomas e para a procura dos cuidados de saúde, podendo associar-se medos quer da doença em si quer das suas consequências. Este facto aponta para a necessidade de avaliar as emoções e os medos associados aos sintomas, porque na verdade eles podem ser a verdadeira causa da ida à consulta. Se o clínico não os identifica corre o risco de passar ao lado do que realmente é importante para o doente. Repete-se o



aforismo: **o que traz o doente à consulta não é o sintoma mas o que ele pensa sobre o sintoma**. Mesmo os doentes que dizem não ter quaisquer ideias acerca dos seus sintomas, na realidade, não querem dizer que não as tenham mas pode refletir maior dificuldade em as verbalizar. Balint e Balint<sup>13</sup> tinham em consideração esta necessidade quando defendiam que “todo o sintoma, por mais complexa ou desesperada que seja a situação, deve ser corretamente examinado *com* o doente e, se possível, *pelo* doente”. Alguns estudos demonstraram não haver grande associação entre os sintomas somatoformes e a alexitimia,<sup>14,15</sup> parece-nos que uma outra linha de investigação será estudar a associação entre a alexitimia e a dificuldade em verbalizar as ideias e os receios associados aos sintomas.

Do nosso estudo confirmam-se os níveis de co-morbilidade psiquiátrica como depressão e ansiedade verificados com outros estudos<sup>16-20</sup>. Tal facto reforça a ideia que, perante a presença de sintomas físicos não atribuíveis a doença orgânica, é indesculpável não descartar a hipótese diagnóstica de perturbações depressivas e ou de ansiedade<sup>21</sup>. A HTA encontrada em 40% destes doentes e a diabetes *mellitus* em 12% foram as patologias mais frequentes, com prevalências semelhantes às encontradas na população em geral através de rastreio populacional, o que pode traduzir uma maior predisposição para doença, mas também pode estar em causa um estado de hipervigilância desenvolvido na sequência de experiências negativas que contribuíram para a fixação de uma cognição e comportamento de negativismo. Isabel Santos<sup>22</sup> encontrou, no seu estudo sobre comorbilidade, maior prevalência da hipertensão arterial não complicada no sexo feminino enquanto que a hipertensão arterial complicada era mais frequente no homem, corroborando a ideia de que a mulher tem limiares sintomáticos mais baixos para procurar os serviços de saúde. Coloca-se aqui a hipótese de doentes com negativismo, ideias catastróficas, e outras que favorecem a perceção e a valorização dos sintomas físicos, poderem estar mais predispostos a diagnósticos de patologias e de comorbilidade crónica ou, de outro modo, os doentes com maiores índices de somatização estarão mais sujeitos a diagnósticos de doença no futuro cumprindo-se, de certo modo, a profecia autorrealizadora.

As síndromes funcionais, em comparação com a população em geral, também se encontram com maior frequência nos doentes com sintomas somatoformes,

o que é mais um argumento a favor de os sintomas somatoformes, as perturbações somatoformes e as síndromes funcionais pertencerem a um contínuo que vai desde o normal até à somatização estabelecida<sup>23-25</sup>.

O elevado número de referências (15%) apresentado nos doentes do nosso estudo, quando comparado com o verificado por outros autores<sup>26,27</sup> para a população em geral (5 a 6%), pode, por um lado, confirmar que estes doentes são grandes consumidores de recursos mas, pelo outro, pode representar um indício de que os clínicos identificaram tendencialmente os casos mais graves, provavelmente os doentes que apresentaram os seus sintomas com uma narrativa mais emocional e exuberante, de acordo com o descrito por Ring *et al.*<sup>28</sup>. A referência a outros especialistas pode ser um contributo para ajudar na tranquilização do doente á semelhança do que acontece com o pedido de exames complementares de diagnóstico, mas para que se maximize o ganho para o doente, importa que se seja claro e preciso na informação clínica fornecida e que o especialista consultor tenha em consideração a importância de validar os sintomas do doente e, para além de tranquilizar o doente, deve contribuir para a construção da confiança no médico referenciador.

Também à semelhança do que Stone *et al.*<sup>29</sup> observaram para os sintomas de conversão, encontramos o valor de 5% de erros de diagnóstico, detetados pela avaliação após 6 meses da consulta em que os doentes foram identificados. Embora o erro seja sempre indesejável, podemos considerar que esta margem de erro é aceitável quando comparamos com os erros por excesso de diagnóstico: 25% dos diagnósticos de epilepsia tem outros problemas como, por exemplo, a síncope<sup>30</sup>, e em cerca de 9% dos doentes com o diagnóstico de esclerose múltipla acaba-se por concluir que não têm doença orgânica<sup>31</sup>. Assim, é fulcral reconhecer que qualquer diagnóstico é probabilístico, está sempre associado a menor ou maior margem de erro e, como tal, o clínico deve estar sempre atento a qualquer indício que mostre estar errado, evitando, acima de tudo, ignorar qualquer facto que não se enquadre no seu esquema de raciocínio. Assumir que qualquer diagnóstico é datado, que no momento age de acordo com uma “verdade” que amanhã pode ser diferente. Assume que os seus diagnósticos são teorias explicativas, mas não são a realidade em si. Como teorias que são, não têm que ser verdadeiras ou falsas, apenas têm que

ser úteis ou não. Assim sendo, o diagnóstico só se deve manter enquanto for útil para ajudar o doente e não mais do que isso.

Embora a maioria dos sintomas somatoformes tendam para a remissão, existe uma boa parte que evolui para a cronicidade. Ao fim de 6 meses, 34% dos casos que constituíram o coorte do nosso estudo, mantinham os sintomas. Este valor está próximo do encontrado por Carson et al.<sup>32</sup>, de 40 a 60% numa consulta de neurologia, mas distante dos 20%, encontrados em cuidados primários por outros autores<sup>33,34</sup>. Existem algumas características que aumentam a probabilidade de evoluírem para a cronicidade como: 1) níveis elevados de stress; 2) hiperutilização dos serviços de saúde; 3) sinais de perturbação física e psicológica; 4) comportamento de consumista, exigindo exames e referências<sup>33</sup>; 5) mais de três sintomas<sup>35</sup>.

O comportamento de escuta do médico é valorizado pelos doentes colocando a palavra, se não em nível superior, pelo menos em pé de igualdade com o medicamento. Os doentes que não se sentem escutados creem que os seus médicos não os levam a sério, não os envolvem na decisão e não lhes dão tempo<sup>35</sup>. São os doentes com problemas psicológicos que valorizam a escuta e o aconselhamento, mais que a prescrição medicamentosa<sup>37</sup>.

O recurso a exames complementares de diagnóstico deve ser parcimonioso dado que este tipo de doentes, em comparação com a generalidade dos doentes, tem uma maior probabilidade de serem submetidos a tomografias computadorizadas, provas de esforço, endoscopias e ecografias abdominais<sup>38</sup>. O comportamento do médico pode reforçar a convicção do doente na causa orgânica contribuindo para a cronicidade, medicação e medicalização de situações benignas. Shortt diz que “são precisos dois para somatizar”, para frisar a responsabilidade do comportamento do médico na construção dos esquemas mentais e dos comportamentos do doente<sup>39,40</sup>. O teste de diagnóstico pode ser usado mais do que é essencial para o conhecimento médico e, nos doentes somatoformes, assume aspetos de dilema e representa um grande desafio saber quando parar, saber gerir a incerteza, relativizar o valor da certeza e colocar o interesse do doente acima de tudo. O recurso ao exame complementar pode ser um meio de preservar a relação terapêutica, particularmente se for usado num contexto de negociação e de partilha de poder com o doente. Nesta negociação, o exame pode ser usado como

contrapartida para o doente considerar a hipótese de associação dos seus sintomas com os seus problemas psicossociais.

Os estudos de García-Campayo *et al.*<sup>41</sup> indiciam que a prevenção da somatização não reduz a frequência de perturbações somatoformes mas reduz as perturbações de ansiedade e depressivas. A qualidade da abordagem inicial dos sintomas somatoformes é uma importante intervenção de prevenção quaternária, por evitar a medicalização e a iatrogenia mas também de prevenção secundária por reduzir a probabilidade de evoluir para psicopatologia mais incapacitante como perturbações depressivas ou de ansiedade.

Como características desta abordagem com qualidade destacamos: 1) confirmação do doente e dos seus sintomas; 2) avaliar as emoções e ideias associadas aos sintomas; 3) conhecer as expectativas do doente; 4) manter flexibilidade que respeite as fases de adaptação do doente ao seu sofrimento e a aceitação das explicações para o mesmo; 5) atitude e comportamento de escuta activa; 6) ter por base a preocupação de estabelecer e manter a relação terapêutica.

Os doentes do nosso estudo qualitativo mostraram apreciar a escuta na abordagem deste tipo de situação (sintomas sem doença), contudo não é claro o que entendem por escuta. Falaram de mostrar interesse, ouvir, entender, tranquilizar ou dar conselho. Parece-nos importante prosseguir investigação no sentido de conhecer o que os doentes entendem pela escuta e que tipo de comportamento terão de ver no médico que os faça sentirem-se escutados.

A Figura 1 resume esquematicamente as estratégias de abordagem terapêutica dos doentes com sintomas somatoformes.

Sendo o Método Clínico Centrado no Paciente o mais adequado, indispensável na abordagem dos doentes com sintomas somatoformes, a intuição é o instrumento fundamental no raciocínio e tomada de decisão nestas circunstâncias.

Brito de Sá<sup>43</sup> defende, a propósito da abordagem da complexidade, a utilização de instrumentos que, à luz do paradigma biomédico, até podem parecer “antiéticos” que, em nosso entender, são totalmente aplicáveis na circunstância dos doentes com sintomas somatoformes:

“(i) O médico deverá usar a sua intuição com base no conhecimento adquirido, quer sobre o paciente em causa quer em situações semelhantes; (ii) a abordagem empírica... dos problemas é aceitável; (iii) os planos de ação podem basear-se em especificações mínimas, deixando ao paciente uma ampla margem de manobra, ainda que isso possa não corresponder a standards definidos; (iv) em vez de se tentar encontrar soluções para todos os problemas, tenta-se resolver apenas um ou dois e encontrar um padrão de intervenção que possa eventualmente ser aplicado aos restantes; (v) reforça-se a comunicação através do uso de metáforas de modo a ser criado terreno comum entre as diferentes vivências de médico e paciente; (vi) utilizam-se perguntas provocatórias capazes de esclarecer situações bloqueadas e contornar impasses”<sup>43</sup> (p175).

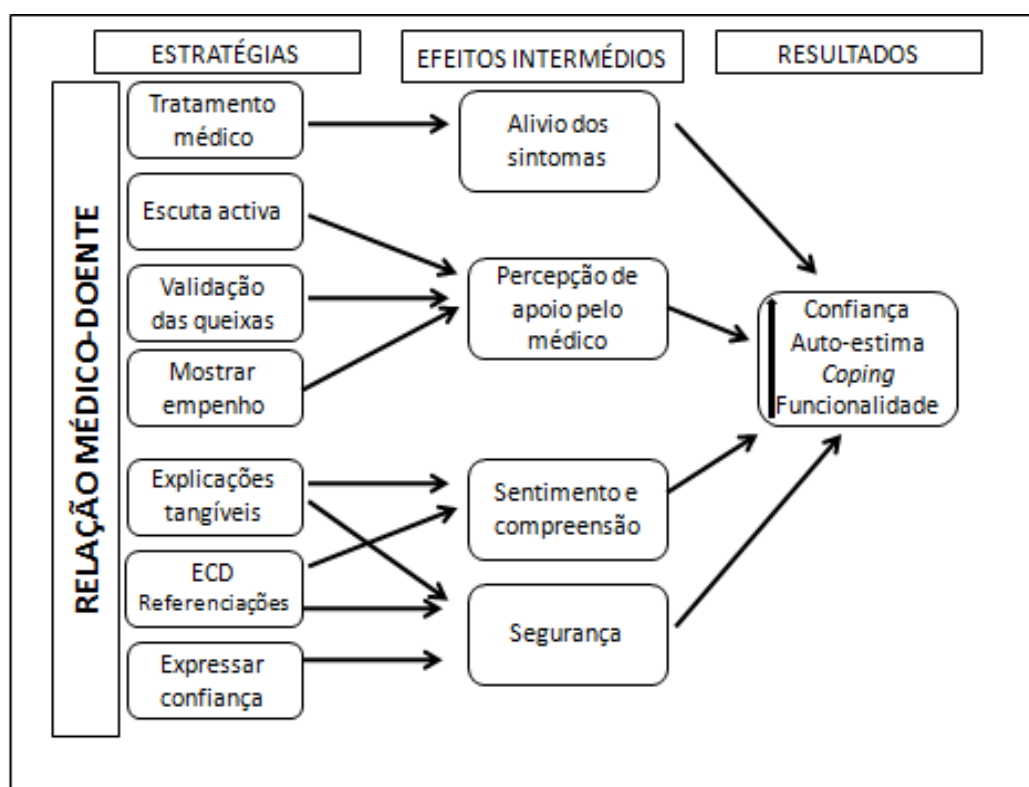


Figura 1. Estratégias e resultados na abordagem dos doentes com SS.  
(Adaptado de Anderson et al.<sup>42</sup>)

Embora o método clínico centrado no paciente se inspire na comunicação terapêutica de Carl Rogers,<sup>44,45</sup> e nos seus princípios da terapêutica de suporte onde não cabem as perguntas provocatórias, concordamos com Sá no seu

ponto (vi), no sentido em que elas (as provocações) podem ser desbloqueadoras de impasses terapêuticos, sobretudo se apoiadas numa relação terapêutica sólida, no momento adequado e de acordo com a intuição refletida do clínico. Este tipo de intervenção está de acordo com a psicoterapia provocatória de Frank Farrelly<sup>46</sup>, ou não fosse este autor um dissidente de Carl Rogers, que descobriu esta técnica ao perder a paciência com alguns doentes, quando trabalhava com o seu mentor.

Com esta nota, pretende-se salientar a importância da flexibilidade do clínico na abordagem dos doentes com sintomas somatoformes. Estes são problemas que apelam às características definidoras da MGF, capacidade de gerir a incerteza, utilização do tempo como diagnóstico, flexibilidade nas formas de abordagem, flexibilidade no respeito pela velocidade de evolução do doente, nomeadamente na aceitação da sua realidade, o uso da história clínica como diagnóstico e como terapêutica, o centro de cuidados é o doente que tem sintomas e não estes, e, tudo isto, assente na relação terapêutica, que exige do clínico que para além do saber *fazer* tem de saber *ser*, saber usar-se como o principal instrumento terapêutico. A necessidade de respeitar a velocidade de adaptação do doente, que nas entrevistas os doentes patentearam, deve ser sublinhada, porquanto a ansiedade do clínico de obter resultados e de arrumar rapidamente o assunto, pode levar a tranquilizações precoces para as quais o doente não está em fase de aceitar. Nestas circunstâncias está em questão o componente seis do método clínico centrado no paciente que tem em consideração a temporização (*timing*)<sup>47</sup>, ou em termos comunicacionais, a necessidade de “*pontuar a sequência comunicativa de duas formas diferentes*” de os interlocutores se expressarem<sup>48</sup>. Ao clínico não basta saber o que fazer, deve também saber quando fazer, i.e., quando é o momento mais propício ao procedimento.

Finalmente, a propósito dos doentes com sintomas sem sinais sublinhamos a proposta de Barsky e Borus “*os profissionais de saúde devem vincar no seu discurso aos doentes e ao público que nem todos os sintomas significam doença, e que apesar dos grandes avanços da Medicina ainda existe muito problema que não consegue curar*”<sup>49</sup>.

## **Proposta de classificação e codificação dos sintomas físicos não explicados por doença orgânica.**

Quer a DSM-IV quer a CID-10 classificam os sintomas e as perturbações somatoformes de modo muito pouco funcional para utilizar na prática diária dos cuidados de saúde primários. Por outro lado, a ICPC-2D, embora se tenha desenvolvido na sequência do reconhecimento de que *“muitos sintomas e condições de não-doença, presentes nos cuidados primários de saúde eram difíceis de codificar com esta classificação (a CID-10) originalmente desenhada para aplicar à estatística de mortalidade e com uma estrutura baseada na doença”*<sup>50</sup> continua a mostrar muita insuficiência em especificar, através da codificação, o fenómeno dos sintomas físicos sem doença orgânica.

A literatura<sup>51-53</sup> apresenta algumas propostas de classificação e codificação dos sintomas somatoformes que nos inspiram na apresentação de uma proposta simples de o fazer, tentando, deste modo, colmatar uma dificuldade sentida por quem lida diariamente com este tipo de problemas em cuidados primários de saúde.

Tendo em consideração a forma como as classificações nosológicas atualmente dominantes (DSM-IV, CID-10 e ICPC-2D) codificam os sintomas e as perturbações somatoformes, e partindo da perspectiva dos cuidados de saúde primários, que lidam com sintomas indiferenciados, i.e, sintomas que em termos de saúde ou de doença, são “pluripotenciais” no sentido que podem ser tudo, inclusivamente perfeitamente normais, propomos uma codificação dos sintomas físicos como problema abordado na consulta. Cada sintoma físico, quando considerado como problema objeto de consulta, poderá ser codificado de acordo com o código da componente 1, tal como a ICPC-2D preconiza na nota da rubrica Somatização (P75), e, *“se possível, com um código que reapresente o problema emocional, psicológico”* ou social *“com o qual está associado”*. De acordo com esta proposta se apresentam alguns exemplos de codificação:

- 1) Sintoma em fase de clarificação. Por exemplo, cefaleia que se encontra em fase de estudo, em que o clínico coloca uma probabilidade relativamente elevada e ter um fundamento orgânico: Cefaleia (N05).



- 2) Sintoma físico que faz parte de somatização de apresentação. Com elevada probabilidade de fazer parte de um quadro de perturbação psiquiátrica. É o que Bridges e Goldberg chama de “manifestação somática de perturbação psiquiátrica”. Codificado de acordo com o código alfanumérico da ICPC-2D. Nestas condições deve estar sempre associado a outro código que represente a perturbação psiquiátrica. Por exemplo, dor anal integrada num quadro de perturbação da ansiedade: Dor anal (D04) e Distúrbio ansioso (P74).
- 3) Sintoma físico que faz parte de somatização funcional quando, segundo o julgamento clínico, tem uma probabilidade muito baixa de se associar a quadro nosológico psiquiátrico ou orgânico. Pode estar associado a problema social ou evento significativo e, nestas circunstâncias, também deve ser mencionado o problema do sistema Z. Por exemplo, insónia em sujeito com conflitos laborais e risco de desemprego: Problema de sono (P06) e Problema de desemprego (Z06).

A utilidade de não “dissolver” o sintoma físico na perturbação psiquiatria advém da consciência do contexto de incerteza em que o julgamento clínico é feito e, portanto, qualquer diagnóstico é datado podendo ser modificado a qualquer momento desde que, para isso, surjam novos indícios que apontem noutra sentido. Para permitir esta reformulação diagnóstica é importante que não se reduzam as queixas do doente a inferências que impossibilitam, *a posteriori*, reaver as queixas originais.

As Perturbações somatoformes definidas segundo a CID-10, e cujo diagnóstico se pode considerar definitivo, devem continuar a ser classificados, segunda a ICPC-2D, na rubrica P75, e têm precedência sobre os sintomas físicos que fazem parte dos respectivos quadros clínicos.

### **Propostas de investigação no futuro.**

A MGF é a especialidade médica que mais lida com os sintomas indiferenciados, isto é, com o sintoma bruto, não formatado, trazido pelo doente aos serviços de saúde com toda a sua polissemia, incluindo o de poder ser uma manifestação do normal, do fisiológico. Neste contexto, o estudo dos



sintomas somatoformes representa um dos núcleos básicos definidores da especialidade e, portanto, um importante campo de investigação. Para o efeito deve recorrer aos métodos quantitativos, mas deve igualmente aplicar os métodos qualitativos que lhe permitem obter argumentos da análise em profundidade e não tanto argumentos superficiais fundamentados pela força desumanizada dos números.

Assim, apontamos como ideias de investigação, prosseguir o estudo da prevalência de sintomas físicos na população portuguesa, com recurso a amostras mais representativas e estudar a sua eventual variação com o contexto, nomeadamente com as crises económico-sociais. Noutra linha de investigação, será importante conhecer os fatores que determinam o comportamento de procura dos cuidados de saúde e quais são as características dos doentes e dos sintomas que sugerem não existir doença orgânica. Por outro lado, procurar compreender o que leva uns doentes, com sintomas somatoformes, a procurarem os cuidados de saúde e a não ficarem tranquilos apesar dos esforços dos profissionais em os tranquilizar e, outros, perante sintomas idênticos, decidem não recorrer aos serviços de saúde, parecendo viver bem com os mesmos.

Os nossos achados do estudo da frequência de doentes com sintomas somatoformes na consulta de MGF, parecem sugerir um aumento do reconhecimento destes doentes com os anos de prática clínica. Coloca-se então a questão: o reconhecimento de doentes com queixas físicas, sem doença orgânica, aumenta com o tempo de exercício do clínico?

Uma das principais motivações para nos interessarmos sobre este tipo de doentes é o desejo de os ajudar de modo eficiente mas será que intervenções, mais adaptadas a este tipo de doentes, terão impacto na redução do número dos que evoluem para a cronicidade?

Parece que os doentes apreciam e dão valor à escuta, mas o que significa “escuta” para o doente e que tipo de comportamento têm de ver no médico que os levem a sentir-se escutados?

Noutra dimensão do problema das representações mentais do doente sobre o seu sofrimento, é importante procurar saber se há variação das ideias dos doentes em função das ideias, atitudes e comportamentos dos respectivos médicos e se a mudança de médico implica modificação dos comportamentos

na utilização dos serviços de saúde e da expectativa do que os serviços lhes podem dar. Dentro desta linha, será que um médico treinado na abordagem centrada no doente, e após alguma continuidade de cuidados, aumenta a probabilidade de os doentes apresentarem como motivo de consulta mais queixas psicológicas e menos físicas? Como a apresentação de queixas psicológicas aumenta a probabilidade de diagnóstico de perturbações psiquiátricas, então o método clínico centrado no paciente pode aumentar a acuidade diagnóstica através da modulação da expressividade sintomática do doente.

Uma outra área de investigação, muito mais ampla, será o estudo do valor prognóstico do tipo de representação mental que o doente tem sobre o seu sofrimento. O pessimismo ou o otimismo do doente terão impacto sobre a evolução da sua doença ou dor? E, a ser verdade, qual o seu valor?

Coloca-se, ainda como hipótese, os doentes com negativismo, ideias catastróficas, e outras que favorecem a presença e a valorização dos sintomas físicos, poderem estar mais predispostos a diagnósticos de patologias e de comorbilidade crónica ou, de outro modo, os doentes com maiores índices de somatização estarão mais sujeitos a diagnósticos de doença no futuro cumprindo-se, de certo modo, a profecia autorrealizadora?

### **Implicação para o ensino pré e pós-graduado**

A abordagem do doente com sintomas somatoformes é extremamente exigente quanto às competências comunicacionais do médico. Por outro lado, trata-se de um processo comunicacional e de tomada de decisão em elevado contexto de incerteza que o clínico deve saber gerir, para que possa usar o recurso do tempo e da relação como importantes meios de diagnóstico e de terapêutica. No entanto, o ensino médico e o treino médico alicerçam-se na medicina baseada na evidência e num enquadramento científico assente na ideia de que qualquer abordagem só é possível perante um diagnóstico. Contudo, não existe qualquer razão para não aplicar os princípios da MBE aos quadros de dor tal como o é aos de doença, considerando que existe uma maior premência de recurso a habilidades comunicacionais na implementação de intervenções fundamentadas na evidência e adaptadas às necessidades do

doente. O médico do futuro não só prestará os cuidados como dará mais atenção aos sintomas e à dor do doente, para além de fazer investigação<sup>54</sup>. O ensino é, predominantemente, baseado no modelo biomédico e centrado na abordagem da doença ignorando por completo a dor<sup>55,56</sup>. O modelo biomédico tem tendência para junto com a centragem na doença negar a existência da dor<sup>57</sup>. Esta incapacidade de reconhecer a dor como entidade merecedora de atenção, sem que isso signifique uma doença ou sequer obrigue a “inventar” uma, ou seja, resistir à falácia nomotética, exige um profundo esforço ao longo de todo o ensino médico, de modo a que o aluno aprenda a equilibrar a atenção que dá à doença e ao sofrimento do doente.

Assim, a abordagem dos aspetos comunicacionais deve estar presente no currículo médico ao longo dos anos clínicos dando grande ênfase aos aspetos da dor em qualquer contexto de doença. Deste ensino deverá fazer parte a colheita de narrativas de doentes tipo, com patologias crónicas (como neoplasias, diabetes mellitus, etc.), com doenças agudas graves, ou com experiências traumatizantes de utilização dos serviços de saúde. Este ensino pretende ajudar o aluno a considerar outras perspectivas de explicação dos fenómenos da doença e da saúde, a descentrar-se, a escutar, a raciocinar e escrever sobre o que escuta. Este aspeto importante da formação médica vem na linha de pensamento de Herxheimer e Ziebland<sup>58</sup>: *“existe considerável interesse em que o público conheça a ciência – acreditamos que idêntica preocupação deve existir para a ciência compreender o público”*. O esforço do ensino médico não se deve concentrar apenas no conhecimento da doença mas, igualmente, no conhecimento do doente e da sua visão da saúde, da doença, do impacto na sua vida, do tratamento e do prognóstico.

A utilização do método clínico centrado no paciente deve ser nuclear no ensino médico<sup>59</sup>, de modo a que seja usado em todos os contextos de exercício da medicina e não se fique com a ideia limitada que apenas é para utilizar na Clínica Geral. No caso dos sintomas somatoformes, é o método de eleição<sup>42,60,61</sup> e considerando que os doentes com sintomas somatoformes estão presentes em todas as especialidades e que a abordagem deficiente dos mesmos pode ter consequências graves para além do desgaste dos recursos de saúde<sup>38,62</sup>, logo se depreende que o ensino do método clínico centrado no paciente deve estar omnipresente. Tanto mais que existe evidência que o

ensino do método tem impacto na mudança dos comportamentos do estudante durante a consulta<sup>63-65</sup>.

Por outro lado, a educação médica deve ter a preocupação de transmitir a noção da possibilidade de os sintomas físicos poderem existir sem doença<sup>48</sup> e que a atribuição de pseudo-diagnósticos ou de falsos diagnósticos é tão incorreto do ponto de vista ético e técnico como a omissão de uma doença orgânica.

Em paralelo com a aprendizagem e treino da comunicação deve estar o ensino dos métodos de investigação qualitativa, com especial ênfase ao nível pós-graduado sem prejuízo da introdução das noções básicas no pré-graduado. Com efeito, embora em todo o ensino médico predominem os métodos quantitativos, a verdade é que a atividade clínica do dia-a-dia, nomeadamente a abordagem centrada no paciente, exige o recurso a perícias próprias da investigação qualitativa. A investigação qualitativa tem como principal objetivo compreender em profundidade, revelar um problema. A história clínica tem como objetivo compreender em profundidade o doente e revelar um ou mais problemas. O conhecimento dos sentimentos, das atitudes e das emoções são variáveis de fundo, que dão informação rica e contextualizada, são importantes nos métodos qualitativos mas também na clínica quer para o diagnóstico quer para a terapêutica<sup>65</sup>. Os métodos quantitativos, pelo contrário, são precisos, focados e estudam em extensão, como não se interessam pelo sujeito individual, “dissolvem-no” no mar da amostra. Os métodos qualitativos procuram fazer emergir novas teorias ou modelos, enquanto os quantitativos procuram testar teorias ou modelos pré-estabelecidos<sup>66</sup>. Transpondo esta ideia para a clínica, a colheita da história procura fazer emergir uma teoria (que explique o sofrimento do doente), dá atenção ao subjetivo, às palavras, à relação, à comunicação - é o qualitativo no seu expoente máximo. Já a confirmação ou negação dos diagnósticos diferenciais recorre a metodologias quantitativas quando usa testes cujo valor interpretativo foi construído na base populacional, em extensão, valorizando o objetivo, os números, a técnica e a tecnologia do teste.

A utilização da entrevista como método de investigação, par além de promover o espírito de investigação pode ser uma forma de aquisição de habilidades comunicacionais para a clínica, ao exigir habilidades que se destacam:

1. Escutar, sem juízos de valor e sem mostrar o que sente.
2. Ser não diretivo. Dar oportunidade ao doente para exprimir a sua história tendo o clínico a consciência de não modificar o objeto em estudo.
3. Centrar-se no tema, que passa pelo estabelecimento de guiões definidos em contextos de investigação que tem o seu paralelo na consulta com a exigência em elaborar, com o doente, planos de consulta com lista de problemas a abordar.
4. Respeitar os silêncios, dando espaço a que o doente elabore o seu discurso e exprima os seus sentimentos e emoções.
5. Ter consciência que a entrevista é um produto de colaboração. A entrevista de investigação, tal como a entrevista clínica, é uma cocriação. O doente por vezes é visto como uma “caixa de correio à espera de ser cheia de informação”, no entanto, o doente, na entrevista seja de investigação seja clínica, é transformado de um depósito de opiniões, de emoções e de raciocínio, numa fonte produtora de conhecimento<sup>67</sup>.
6. O entrevistador é um participante ativo na medida em que decide o rumo da entrevista, quando abre ou fecha os vários tópicos a abordar e controla a interação no seu todo.

Estas qualidades que se exigem para o entrevistador investigador<sup>68</sup> são igualmente desejadas no clínico, pelo que a integração da investigação qualitativa na formação pré e pós-graduada pode ser uma forma aliciante de promover a aquisição de competências comunicacionais para além de promover o espírito investigador.

Vincando o que se acabou de propor, termina-se transcrevendo o que George Engel<sup>69</sup> disse 1992:

***“The Interview is the most powerful, encompassing and versatile instrument available to the physician”***

E, em 1995<sup>70</sup>, no discurso de homenagem a John Romano:

***“A successful dialogue between patient and physician is at the heart of working scientifically with patients”.***

## Referências bibliográficas

1. Jamouille M, Roland M. *Quaternary Prevention and the Glossary of General Practice/Family Medicine*. Wonca Classification Committee, June 6/9, Hong Kong; 1995.
2. Stocks P. Sicknes in the Population of England and Wales in 1944-47. *His Majesty's Stationery Office*, London 1949.
3. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The Ecology of Medical Care. *N Engl J Med* 1961; 265:885-92.
4. White KL. The Ecology of Medical Care: Origins and Implications for Population-Based Healthcare Research. *Health Services Research* 1997; 32:11-21.
5. Green LA, Fryer GF, Yawan BP, Lanier D, Dovey SM. The Ecology of Medical Care Revisited. *N Engl J Med* 2001; 344(26):2021-2025.
6. Fabião F, Barbosa A, Fleming M e Silva C. Rastreio da Perturbação de Somatização. Nos Cuidados Primários de Saúde. Resultados de um Estudo Piloto. *Act Med Port* 2008; 21:319-28.
7. Nunes J. *Saúde nos Média*. Dissertação de Mestrado em "Comunicação em Saúde". Universidade Aberta, Lisboa; 2002.
8. Karpf A. *Doctoring the Media. The Reporting of Health and Medicine*. London: Routledge; 1988.
9. Pilowsky I, Smith QP, Katsikitis M. *Illness behaviour and general practice utilisation: a prospective study*. *J Psychosom Res* 1987; 31: 177-183.
10. Scicchitano J, Lovell P, Pearce R, et al. *Illness behavior and somatization in general practice*. *J Psychosom Res* 1996; 41:247-254.
11. Palsson N. *Functional somatic symptoms and hypochondriasis among general practice patients: a pilot study*. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 78: 191-197.
12. Mumford DB, Devereux TA, Maddy PJ, Johnston JV. *Factors leading to the reporting of 'functional' somatic symptoms by general practice attenders*. *Br J Gen Pract* 1991; 41: 454-458.
13. Balint M, Balint E. *Techniques psychothérapeutiques en médecine*. Paris: Éditions Payot & Rivages; 2006.p.145.

14. Almeida V, Machado PPP. Somatização e Alexitimia: Um Estudo nos Cuidados de Saúde Primários. *Int J Clin Health Psychol* 2004;4(2):285-98.
15. Kooiman CG, Bolk JH, Rooijmans HGM, Trijsburg RW. Alexithymia Does Not Predict the Persistence of Medically Unexplained Physical Symptoms. *Psychosomatic Medicine* 2004; 66:224-32. DOI:10.1097/01.psy.0000116714.38868.06.
16. Feder A, Olfson M, Gameroff M, Fuentes M, Shea S, Lantigua RA, Weissman M. Medically Unexplained Symptoms in an Urban General Medicine Practice. *Psychosomatics* 2001;42:261-8.
17. Li CT, Chou YH, Yang KC, Yang CH, Lee YC, Su TP. Medically Unexplained Symptoms and Somatoform Disorders: Diagnostic Challenges to Psychiatrists. *J Chin Med Assoc* 2009; 72(5):251-6.
18. Muller JE, Wentzel I, Nel DG, Stein DJ. Depression and anxiety in multisomatoform disorder: Prevalence and clinical predictors in primary care. *S Afr Med J* 2008;98(6):473-6.
19. Burton C. Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). *British Journal of General Practice* 2003; 53:233-249.
20. Escobar JI, Hoyos-Nervi C, e Gara M. Medically Unexplained Physical Symptoms in Medical Practice: A Psychiatric Perspective. *Environ Health Perspect* 2002; 110(Suppl 4):631–6.
21. Interian A, Gara MA, Díaz-Martínez AG, Warman MJ, Escobar JI, Allen LA, Manetti-Cusa J. The Value of Pseudoneurological Symptoms for Assessing Psychopathology in Primary Care. *Psychosomatic Medicine* 2004;66:141-146.
22. Santos I. *O doente com Patologia Múltipla em Medicina Geral e Familiar: comorbilidade de quatro doenças crónicas*. Tese de doutoramento. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; 2006.
23. Melville DI. Descriptive clinical research and medically unexplained symptoms. *J Psychosom Res* 1987; 31(3):359.
24. Smith RC, Gardiner JC, Lyles JS, Sirbu C, Dwamena FC, Hodges A. Exploration of DSM-IV Criteria in Primary Care Patients with Medically Unexplained Symptoms. *Psychosom Med* 2005; 67(1):123-129.



25. Wessely S, Nimnuan C e Sharp M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet* 1999; 354:936-39.
26. Sá AB, Jordão JG. Estudo europeu sobre referenciação em cuidados primários. II – Dados de seguimento e informação de retorno. *Rev Pot Clín Geral* 1994;11:25-8.
27. Janeiro, M. Acesso aos Cuidados de Saúde Secundários numa extensão do Centro de Saúde de Serpa: 10 anos depois. *Rev Port Clin Geral* 2001;17:193-207.
28. Ring A, Dowrick C, Humphris G e Salmon P. Do patients with unexplained physical symptoms pressurise general practitioners for somatic treatment? A qualitative study. *BMJ* 2004; DOI:10.1136/bmj.38957.622639.EE.
29. Stone J, Smyth R, Carson A, Lewis S, Prescott R, Warlow C, Sharpe M. Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and “hysteria”. *BMJ* 2005; DOI:10.1136/bmj.38628.466898.55.
30. Smith D, Defalla BA, Chadwick DW. The misdiagnosis of epilepsy and the management of refractory epilepsy in a specialist clinic. *Q J Med* 1999;92:15-23.
31. Hankey GJ, Stewart-Wynne EG. Pseudo-multiple sclerosis: a clinico-epidemiological study. *Clin Exp Neurol* 1987;24:11-9.
32. Carson AJ, Best S, Postma K, Stone J, Warlow C, Sharpe M. The outcome of neurology outpatients with medically unexplained symptoms: a prospective cohort study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003;74:897–900.
33. Smith RC e Dwamena FC. Classification and Diagnosis of Patients with Medically Unexplained Symptoms. *J Gen Intern Med* 2007; 22:685-91.
34. Khan AA, Khan A, Harezlak J, Tu W, Kroenke K. Somatic Symptoms in Primary Care: Etiology and Outcome. *Psychosomatics* 2003;44:171-8
35. Hansen HS, Rosendal M, Oernboel E, Fink P. Are medically unexplained symptoms and functional disorders predictive for the illness course? A two-year follow-up on patients' health and health care utilization. *Journal of Psychosomatic Research* 71 (2011) 38–44
36. Dirkzwager AJE e Verhaak PFM. *Patients with persistent medically unexplained symptoms in general practice: characteristics and quality*



- of care. BMC Family Practice 2007; 8:33. [Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/8/33>]
37. Cape J.(2001) *How general practice patients with emotional problems presenting with somatic or psychological symptoms explain their improvement*. Br J Gen Pract; 51:724-9.
38. Reid S, Wessely S, Crayford e Hotopf M. *Frequent attenders with medically unexplained symptoms: service use and costs in secondary care*. British Journal of Psychiatry 2002; 180:248-253
39. Shortt SED. 1986. *An Approach to Somatization in Family Medicine*. Can Fam Physician 1986;32:2521-2524.
40. Staneley I, Salmon P, Peters S. (2002) *Doctors and social epidemics: the problem of persistent unexplained physical symptoms, including chronic fatigue*. Br J Gen Pract; 355-336.
41. García-Campayo J, Arevalo E, Caroco LM, Alda M, del Hoyo YL. A prevention programme for somatoform disorders is effective for affective disorders. Journal of Affective Disorders 2009, DOI:10.1016/j.jad.2009.06.031
42. Anderson M, Hartz A, Nordin T, Rosenbaum M, Noyes R, James P, Ely J, Agarwal N, Anderson S. Community Physicians' Strategies for Patients With Medically Unexplained Symptoms. *Fam Med* 2008;40(2):11-8.
43. Sá AB. *A Decisão em Medicina Geral e Familiar. Um modelo de decisão clínica tomando como exemplo a infeção genital por Chlamydia trachomatis*. Tese de Doutoramento. Faculdade de Medicina de Lisboa; 2002.
44. Rogers CR. *Sobre o Poder Pessoal*. São Paulo: Martins Fontes; 2001.
45. Rogers CR. *Tornar-se Pessoa*. 7ª edição. Lisboa: Moraes Editores; 1985.
46. Farrelly F e Brandsma J. *Provocative Therapy*. Capitola: Meta Publications; 1974.
47. Brown JB, Weston WW, McWilliam CL. The sixth component: being realistic. In: Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-Centered Medicine*.

- Transforming the Clinical Method*. Oxon: Radcliffe Medical Press Ltd; 2003.p131-48.
48. Watzlawick P. *A Realidade é Real?* Lisboa: Relógio D'Água; 1991.p.61.
49. Barsky AJ, Borus JF. *Somatization and Medicalization in the Era of Managed Care*. JAMA 1995; 274:1931-4 Barsky AJ, Borus JF. *Somatization and Medicalization in the Era of Managed Care*. JAMA 1995; 274:1931-4.
50. Comissão Internacional de Classificações da WONCA. *Classificação Internacional de Cuidados Primários, ICPC-2D*. Segunda edição. Lisboa, APMCG – Departamento Editorial 1999.
51. Rosendal M, Fink P, Bro F, Olesen F. Somatization, heartsink patients, or functional somatic symptoms? Towards a clinical useful classification in primary health care. *Scand J Prim Health Care* 2005;23-3-10. DOI: 10.1080/02813430510015304.
52. Kirmayer LJ, Robbins JM. *Three Forms of Somatization in Primary Care: Prevalance, Co-occurrence, and Sociodemographic Characteristics*. J Nerv Ment Dis 1991; 179:647-55.
53. Fink P, Rosendal M, Olesen F. Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2005;39(9):772-781.
54. Anderson B. Reassurance: Medically unexplained physical symptoms. *PLoS Med* 2006; 3(12): e541. doi:10.1371/journal.pmed.0030541.
55. McWhinney IR, Freeman T. Clinical Method. In: *Textbook of Family Medicine*. 3rd edition. Oxford: Oxford University Press; 2009.p140-92.
56. Helman CG. Disease versus illness in general practice. *J Royal College Gen Practitioners* 1981;31:548-552.
57. Williams N, Wilkinson C, Stott N, Menkes DB. Functional illness in primary care: dysfunction versus disease. *BMC Family Practice* 2008, 9:30. DOI:10.1186/1471-2296-9-30.
58. Herxheimer A, Ziebland S. The DIPEX Project: Colleting personal experiences of illness and health care. In: Hurwitz B, Greenhalgh T, Skultans V, eds. *Narrative Research in Health and Illness*. Blackwell; 2004.p115-131.

59. Weston WW, Brown JB. Developing a patient-centered curriculum. In: Stewart M, Brown JB, Freeman TR eds. *Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method*. 2nd edition. Oxon: Radcliffe Medical Press; 2003.p229-243.
60. Dowrick C, Gask L, Hughes JG, Charles-Jones H, Hogg JA, Peters S, Salmon P, Rogers AR e Morriss RK. General practitioners' views on reattribution for patients with medically unexplained symptoms: a questionnaire and qualitative study. *BMC Family Practice* 2008; 9:46. DOI:10.1186/1471-2296-9-46.
61. Fischhoff B, Wessely S. Managing patients with inexplicable health problems. *BMJ* 2003;326:595–7.
62. Hoedeman R, Blankenstein AH, Krol B, Koopmans PC, Groothoff JW. The Contribution of High Levels of Somatic Symptom Severity to Sickness Absence Duration, Disability and Discharge. *J Occup Rehabil* 2010; 20:264-73. DOI 10.1007/s10926-010-9239-3.
63. Rudebeck CE. What is General Clinical Competence? Facing the Theoretical Challenge to General Practice. *Scand J Prim Health Care* 1991;Suppl 1:61-82.
64. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method*. 2nd edition. Oxon: Radcliffe Medical Press; 2003.
65. Smith RC, Lyles JS, Methler J, Stoffelmayr BE, van Egeren LF, Marshal AA *et al*. The Effectiveness of Intensive Training for Residents in Interviewing: A Randomized, Controlled Study. In: Smith RC (ed.). *Patient-Centered Interviewing. An Evidence-Based Method*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.p153-72.
66. McWilliam CL, Brown JB. Using qualitative methodologies to illuminate patient-centered care. In: Stewart M, Brown JB, Freeman TR (eds.). *Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method*. 2nd edition. Oxon: Radcliffe Medical Press; 2003.p251-61.
67. Silverman D. *Interpreting Qualitative Data*. 3rd edition. London: Sage Publications; 2006.
68. Holstein JA, Gubrium JF. *The Active Interview*. Qualitative Research Methods; v.37. Thousands Oaks: Sage Publications; 1995.
69. Kvale S. *Doing Interviews*. Los Angeles: Sage Publications; 2007.

70. Engel GL. How much longer must medicine's science be bounded by a seventeenth century world view? *Psychother Psychosom* 1992;57(1-2):3-16.

Engel GL. Being Scientific in the Human Domain: From Biomedical to Biopsychosocial. In: Smith RC (ed.). *Patient-Centered Interviewing. An Evidence-Based Method*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.p273-86.

## Referências bibliográficas por autor

- Al Busaidi Z. The Concept of Somatization. A Cross-cultural perspective. *SQU Med J* 2010;10(2):180-186.
- Alexandre C. Lombalgia, Demasiada investigação radiológica? *Rev Port Clin Geral* 1989;6(6):170-5.
- Alfrell M, Biguet G, Rudebeck CE. Living with a body in pain – between acceptance and denial. *Scand J Caring* 2007;21:291-6.
- Ali A, Richardson DC, Toner BB. Feminine Gender Role and Illness Behavior in Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Gender, Culture, and Health* 1998;3(1):59-65.
- Allen LA, Escobar IE, Lehrer PM, Gara MA, Woolfolk RL. Psychosocial Treatments for Multiple Unexplained Physical Symptoms: A Review of the Literature. *Psychosomatic Medicine* 2002; 64:939-50. DOI: 10.1097/01.PSY.0000024231.11538.8F.
- Almeida V, Machado PPP. Somatização e Alexitimia: Um Estudo nos Cuidados de Saúde Primários. *Int J Clin Health Psychol* 2004;4(2):285-98.
- Amann B, Padberg F, Mergl R, Naber D, Baghai T, Reimers K, El-Giamal N, Erfurth A, Laakmann G. An Investigation of Temperamental Traits in Patients with Somatoform Disorder: Do They Belong in the Affective Spectrum? *Psychosomatics* 2009;50:695-12.
- American Psychiatric Association. *J 00 Complex Somatic Disorder*. 2010. Disponível em: <http://www.dsm5.org>. [Acedido em 15 de Maio de 2011]
- American Psychiatric Association. *Somatic Symptom Disorders*. 2010. Acedido em 15 de Maio de 2011. (Disponível em: <http://www.dsm5.org>.)
- Anderson B. Reassurance: Medically unexplained physical symptoms. *PLoS Med* 2006; 3(12): e541. doi:10.1371/journal.pmed.0030541.
- Anderson M, Hartz A, Nordin T, Rosenbaum M, Noyes R, James P, Ely J, Agarwal N, Anderson S. Community Physicians' Strategies for Patients With Medically Unexplained Symptoms. *Fam Med* 2008;40(2):11-8.
- Aragonès E, Labad A, Piñol JL, Lucen C, Alonso Y. Somatized depression in Primary care attenders. *J Psychosom Res* 2005;58(2):145-51.
- Asch DA, Jedrzejewski MK, Christakis NA. Response Rates to Mail Surveys Published in Medical Journals. *J Clin Epidemiol* 1997;50(10):1129-1136.

- Bakal D, Steiert M, Coll P, Schaefer J. An experiential mind-body approach to the management of medically unexplained symptoms. *Medical Hypotheses* 2006;67:1443-7.
- Baliatsas C, van Kamp I, Kelfkens G, Schipper M, Bolte J, Yzermans J, Lebrete E. Non-specific physical symptoms in relation to actual and perceived proximity to mobile phone base stations and powerlines. *BMC Public Health* 2011, 11:42. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/421>.
- Balint M, Balint E. *Techniques psychothérapeutiques en médecine*. Paris: Éditions Payot & Rivages; 2006.p.145.
- Barsky AJ, Borus JF. Functional Somatic Syndromes. *Ann Intern Med* 1999;130(11):910-921.
- Barsky AJ, Borus JF. Somatization and Medicalization in the Era of Managed Care. *JAMA* 1995; 274:1931-4.
- Barsky AJ, Goodson JD, Lane RS, et al. The amplification of somatic symptoms. *Psychosom Med* 1988;50:510–519.
- Barsky AJ, Orav J, Bates DW. Somatization Increases Medical Utilization and Costs Independent of Psychiatric and Medical Comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:903-910.
- Barsky AJ, Peekna HM, Borus JF. Somatic Symptom Reporting in Women and Men. *J Gen Intern Med* 2001; 16:266-75.
- Barsky AJ, Wyshak G. Hypochondriasis and somatosensory amplification. *The Br J of Psychiatry* 1990;157:404-9.
- Bener A, Ghuloum S, Al-Mulla A, Al-Marri S, Hashim MS, Elbagi IA. Prevalence of somatization and psychologisation among patients visiting primary health care centers in the State of Qatar. *Libyan J Med* 2010;5:5266. DOI: 10.3402/ljm.v5i0.5266..
- Biro D. Is There Such a Thing as Psychological Pain? And Why It Matters. *Cul Med Psychiatry* 2010;34:658-67.
- Bitti PR, Zani B. *A Comunicação como Processo Social*. Lisboa: Editorial Estampa; 1997.
- Bogaerts K, Millen A, Li W, De Peuter S, van Diest I, Vlemincx E, Fannes S, vaen den Bergh O. High symptoms reporters are less interoceptively accurate in a symptom-related context. *J Psychosom Res* 2008; 65:417-24.

- Bonneville L, Grosjean S, Lagacé M. *Introduction aux methods de recherche en communication*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur; 2007.p.192.
- Brennan M. Techniques for Improving Mail Survey Response Rates. *Marketing Bulletin* 1992;3:24-37.
- Brennan M. Techniques for Improving Mail Survey Response Rates. *Marketing Bulletin* 1992;3:24-37.
- Bridges K, Goldberg D. Somatic presentation of depressive illness in primary care. *J R Coll Gen Pract Occas Pap* 1987;36:9-11.
- Brown JB, Weston WW, McWilliam CL. The sixth component: being realistic. In: Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method*. Oxon: Radcliffe Medical Press Ltd; 2003.p131-48.
- Burton C. Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). *Br J Gen Pract* 2003; 53:233-249.
- Burton CD. Hyperventilation in patients with recurrent functional symptoms. *Br J Gen Pract* 1993;43:422-5.
- Butchart J. Empowerment for patients with medically unexplained symptoms. *J R Soc Med* 2005; 98:187.
- Butler C, Evans M, Greaves D, Simpson S. Medically unexplained symptoms: the biopsychosocial model found wanting. *J R Soc Med* 2004; 97:219-222.
- Cape J. How general practice patients with emotional problems presenting with somatic or psychological symptoms explain their improvement. *Br J Gen Pract* 2001; 51:724-9.
- Carson AJ, Best S, Postma K, Stone J, Warlow C, Sharpe M. The outcome of neurology outpatients with medically unexplained symptoms: a prospective cohort study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003;74:897–900.
- Chambers TL. Semeiology—a well established and challenging paediatric speciality. *Arch Dis Child* 2003;88:281–2.
- Ciechanowski PS, Walker EA, Katon WJ, Russo JE. Attachment Theory: A Model for Health Care Utilization and Somatization. *Psychosom Med* 2002;64:660-7.
- Coelho CLS, Ávila LA. Controvérsias sobre a somatização. *Rev Psiq Clín* 2007;34(6):278-84.



- Cole JA, Rothman KJ, Cabral HJ, Zhang Y, Farraye FA. Migraine, fibromyalgia, and depression among people with IBS: a prevalence study. *BMC Gastroenterology* 2006; 6:26. DOI:10.1186/1471-230X-6-26.
- Comissão Internacional de Classificações da WONCA. *Classificação Internacional de Cuidados Primários, ICPC-2D*. Segunda edição. Lisboa: APMCG – Departamento Editorial; 1999.
- Cortez-Dias N, Martins S, Belo A, Fiuza M. Prevalência e Padrões de Tratamento da Hipertensão Arterial nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal. Resultados do Estudo VALSIM. *Rev Port Cardiol* 2009;28(5):499-523.
- Cortez-Dias N, Martins S, Belo A, Fiuza M. Prevalência, tratamento e controlo da diabetes mellitus e dos fatores de risco associados nos cuidados de saúde primários em Portugal. *Rev Port Cardiol* 2010;29(04):1-29.
- Crane C, Martin M. Risk Perception in Individuals with Irritable Bowel Syndrome: Perceived Susceptibility to Health and Non-Health Threats. *J Social and Clinical Psychology* 2004;23(2):216-39.
- Creed F. Should general psychiatry ignore somatization and hypochondriasis? *World Psychiatry* 2006; 5:3.
- Cummings SM, Savitz LA, Konrad TR. Reported Response Rates to Mailed Physician Questionnaires. *HRS: Health Services Research* 2001;36(6):1347-55.
- Dalton P, Doolittle N, Breslin PAS. Gender-specific induction of enhanced sensitivity to odors. *Nature Neuroscience* 2002;5(3):199-200. DOI:10.1038/nn803.
- Damásio AR. *O Erro de Descartes. Emoção, razão e cérebro humano*. Mem Martins: Publicações Europa-América; 1995.
- De Gucht V, Fischler B, Heiser W. Neuroticism, alexithymia, negative affect, and positive affect as determinants of medically unexplained symptoms. *Personality and Individual Differences* 2004;36:1655-67.
- De Gucht V, Fischler B, Heiser W. Personality and affect as determinants of medically unexplained symptoms in primary care. A follow-up study. *J Psychosom Res* 2004;56:279-85.
- Didiea ER, Tortolania CC, Popea CG, Menarda W, Faya C, Phillipsa KA. Childhood abuse and neglect in body dysmorphic disorder. *Child Abuse Negl*. 2006; 30(10): 1105–15.



- Dimsdale J, Creed F. The proposed diagnosis of somatic symptom disorders in DSM-V to replace somatoform disorders in DSM-IV – a preliminary report. *J Psychosom Res* 2009;66:473-476 (editorial).
- Dimsdale JE e Dantzer R. A Biological Substrate for somatoforme Disorders: Importance of Pathophysiology. *Psychosom Med* 2007; 69(9):850-854. DOI:10.1097/PSY.0b013e31815b00e7.
- Dirkzwager AJE e Verhaak PFM. Patients with persistent medically unexplained symptoms in general practice: characteristics and quality of care. *BMC Family Practice* 2007; 8:33. [Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/8/33>]
- Dowrick C, Gask L, Hughes JG, Charles-Jones H, Hogg JA, Peters S, Salmon P, Rogers AR, Morriss RK. General practitioners' views on reattribution for patients with medically unexplained symptoms: a questionnaire and qualitative study. *BMC Family Practice* 2008; 9:46. DOI:10.1186/1471-2296-9-46.
- Dowrick CF, Ring A, Humphris GM, Salmon P. Normalisation of unexplained symptoms by general practitioners: a functional typology. *Br J Gen Pract* 2004; 54:165-70.
- Dragos D, Tanasescu M D, Davila C. The critical role of psychosomatics in promoting a new perspective upon health and disease. *Journal of Medicine and Life* 2009; 2(4):343-9.
- DSM-IV-TR. *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4ª Edição (texto revisto). Climepsi Editores; 2004.
- DSM-IV-TR. *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4ª Edição. Texto revisto. Climepsi Editores, 2004.p.485.
- Dwamena FC, Lyles JS, Frankel RM e Smith RC. In their own words: qualitative study of high-utilising primary care patients with medically unexplained symptoms. *BMC Family Practice* 2009; 10:67. DOI:10.1186/1471-2296-10-67.
- Engel CC Jr, Katon WJ. Population and need-based prevention of unexplained symptoms in the community. In: *Strategies to Protect the Health of Deployed U.S. Forces: Medical Surveillance, Record Keeping and Risk Reduction (Institute of Medicine)*. Washington DC: National Academy Press, 1999:173-212.

- Engel CC, Adkins JÁ e Cowan DN. Caring for Medically Unexplained Physical Symptoms after Toxic Environmental Exposures: Effects of Contested Causation. *Environ Health Perspect* 2002;110(Sup 4):641-7.
- Engel CC, Katon WJ. Population and need-based prevention of unexplained symptoms in the community. In: *Strategies to Protect the Health of Deployed U.S. Forces: Medical Surveillance, Record Keeping, and Risk Reduction* (Institute of Medicine). Washington, DC. National Academy Press, 1999; 173-212.
- Engel GL. Being Scientific in the Human Domain: From Biomedical to Biopsychosocial. In: Smith RC (ed.). *Patient-Centered Interviewing. An Evidence-Based Method*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.p273-86.
- Engel GL. How much longer must medicine's science be bounded by a seventeenth century world view? *Psychother Psychosom* 1992;57(1-2):3-16.
- Escobar JE, MD, Golding JM, Hough RL, Karno M, Burnam MA, Wells KB. Somatization in the Community: Relationship to Disability and Use of Services. *Am J Public Health* 1987;77:837-40.
- Escobar JI, Gara MA, Diaz-Martinez AM, Interian A, Warman M, Allen LA et al. Effectiveness of a Time-Limited Cognitive Behavior Therapy-Type Intervention Among Primary Care Patients With Medically Unexplained Symptoms. *Ann Fam Med* 2007; 328-335. DOI: 10.1370/afm.702.
- Escobar JI, Hoyos-Nervi C, Gara M. Medically Unexplained Physical Symptoms in Medical Practice: A Psychiatric Perspective. *Environ Health Perspect* 2002; 110(Suppl 4):631–6.
- Escobar JI. Does Simple “Reassurance” Work in Patients with Medically Unexplained Physical Symptoms? *PLoS Med* 2006; 3(8):e3.DOI: 10.1371/journal.pmed.0030313.
- Espinosa MGV, García A, Fernández PB, Massa JLP. Ingresos hospitalarios en adolescentes com enfermedades psicosomáticas. *An Pediatr (Barc)* 2008;69(2):115-8.
- Fabião C, Barbosa A, Flemming M, Silva C. Rastreio da Perturbação de Somatização. Nos Cuidados Primários de Saúde. Resultados de um Estudo Piloto. *Acta Med Port* 2008; 21:319-28.
- Fabião C, Silva MC, Barbosa A, Fleming e Rief W. *Assessing medically unexplained symptoms: evaluation of shortened version of the SOMS for*

- use in primary care. *BMC Psychiatry* 2010, 10:34. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/10/34>.
- Fabião, MCM. *Rastreio e Diagnóstico da Somatização em Cuidados Primários: Validação da Screening for Somatoform Symptoms-2*. Porto. Tese [Doutorado em Ciências Médicas] – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto; 2010.
- Fabião, MCM. *Rastreio e Diagnóstico da Somatização em Cuidados Primários: Validação da Screening for Somatoform Symptoms-2*. Porto. Tese [Doutorado em Ciências Médicas] – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto; 2010.
- Falcão IM, Pinto C, Santos J, Fernandes ML, Ramalho L, Paixão E, Falcão JM. Estudo da Prevalência da diabetes e das suas complicações numa coorte de diabéticos portugueses: um estudo na Rede Médicos- Sentinela. *Rev Port Clin Geral* 2008;24:679-92.
- Faravelli C, Salvatori S, Galassi F, Aiazzi L, Drei C, Cabras P. Epidemiology of Somatoform disorders: a community survey in Florence. *Soc Psychiatr Epidemiol* 1997; 32:24-9.
- Farrelly F e Brandsma J. *Provocative Therapy*. Capitola: Meta Publications; 1974.
- Feder A, Olfson M, Gameroff M, Fuentes M, Shea S, Lantigua RA, Weissman M. Medically Unexplained Symptoms in an Urban General Medicine Practice. *Psychosomatics* 2001;42:261-8.
- Fink P, Rosendal M, Olesen F. Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2005;39(9):772-781.
- Fink P, Sorensen L, Engeberg M, Holm M, Munk-Jorgensen P. Somatization in Primary Care. Prevalence, Health Care Utilization and General Practitioner Recognition. *Psychosomatics* 1999; 40:330-338.
- Fischhoff B, Wessely S. Managing patients with inexplicable health problems. *BMJ* 2003;326:595–7.
- Fraser FD. Functional Somatic Symptoms: Family Practice Perspective. *Can Fam Physician* 1990;36:1179-1184.
- FrieBem C, Willweber-Strumpf A, Zenz MW. Chronic pain in primary care. German figures from 1991 and 2006. *BMC Public Health* 2009; 9:299. DOI:10.1186/1471-2458/9/299.

- Fritzsche K, Armbruster U, Hartmann A, Wirsching M. Psychosocial primary care – what patients expect from their General Practitioners A cross-sectional trial. *BMC Psychiatry* 2002, 2:5.
- García-Campayo J, Arevalo E, Caroco LM, Alda M, del Hoyo YL. A prevention programme for somatoform disorders is effective for affective disorders. *Journal of Affective Disorders* 2009, DOI:10.1016/j.jad.2009.06.031.
- Gask L, Dowrick C, Salmon P, Peters S, Morris R. Reattribution reconsidered: Narrative review and reflections on an educational intervention for medically unexplained symptoms in primary care settings. *Journal of Psychosomatic Research* 2011; 71:325–34
- Gordon GH, Baker LH, Boverman J. Successful medical and psychological management of recurring chest pain and frequent hospital admissions in a patient with coronary artery disease. *West J Med* 1994;160:371-5.
- Gordon GH: Treating somatizing patients. *West J Med* 1987 Jul; 147:88-91.
- Green LA, Fryer GF, Yawan BP, Lanier D, Dovey SM. The Ecology of Medical Care Revisited. *N Engl J Med* 2001; 344(26):2021-2025.
- Greenberg DB, Clinical Dimensions of Fatigue. Primary Care Companion. *J Clin Psychiatry* 2002;4:90–93.
- Gregory RJ. Characteristics Of Patients Assigned Multiple Nonthreatening Medical Diagnoses. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry* 2001;3:164–7.
- Guerra IC. *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo. Sentidos e formas de uso*. Cascais: Princípia Editora, Ltd; 2008.
- Gusmão R. *Depressão: detecção, diagnóstico e tratamento. Estudo de prevalência e despiste das perturbações depressivas nos Cuidados de Saúde Primários*. Tese de doutoramento. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Nova de Lisboa; 2005.
- Habermas J. *Racionalidade e Comunicação*. Lisboa: Edições 70, Lda; 1996.
- Haftgoli N, Favrat B, Verdon F, Vaucher P, Bischoff T, Burnand B, Herzig L. Patients presenting with somatic complaints in general practice: depression, anxiety and somatoform disorders are frequent and associated with psychosocial stressors. *BMC Family Practice* 2010, 11:67. DOI:10.1186/1471-2296-11-67.
- Hammarström A, Janlert U. Early unemployment can contribute to adult health problems: results from a longitudinal study of school leavers. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:624–30.

- Hankey GJ, Stewart-Wynne EG. Pseudo-multiple sclerosis: a clinico-epidemiological study. *Clin Exp Neurol* 1987;24:11-9.
- Hansen HS, Rosendal M, Oernboel E, Fink P. Are medically unexplained symptoms and functional disorders predictive for the illness course? A two-year follow-up on patients' health and health care utilization. *Journal of Psychosomatic Research* 71 (2011) 38–44
- Hartman TC, Hassink-Franke LJ, Lucassen PL, van Spaendonck e van Weel C. Explanation and relations. How do general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: a focus group study. *BMC Family Practice* 2009;10:68. DOI:10.1186/1471-2296-10-68.
- Hartman TC, Lucassen PLBJ, van de Lisdonk EH, Bor HHJ, e van Weel C. Chronic functional somatic symptoms: a single syndrome? *Br J Gen Pract* 2004; 54:922-7.
- Helfenstein M, Heymann R, Feldman D. Prevalência da Síndrome do Cólon Irritável em Pacientes com Fibromialgia. *Rev Bras Reumatol* 2006; 46(1):16-23.
- Helman CG. Disease versus illness in general practice. *J Royal College Gen Practitioners* 1981;31:548-552.
- Herxheimer A, Ziebland S. The DIPEX Project: Colleting personal experiences of illness and health care. In: Hurwitz B, Greenhalgh T, Skultans V, eds. *Narrative Research in Health and Illness*. Blackwell; 2004.p115-131.
- Hespanhol AP. *Condições do Exercício da Clínica Geral no Norte de Portugal*. Tese de Doutoramento. Faculdade de Medicina do Porto; 1996.p.81-2.
- Hessel A, Beutel M, Geyer M, Schumacher J, Brähler E. Prevalence of somatoform pain complaints in the German population. *GMS Psycho-Social-Medicine* 2005; 2, ISSN 1860-5214.
- Hoedeman R, Blankenstein AH, Krol B, Koopmans PC, Groothoff JW. The Contribution of High Levels of Somatic Symptom Severity to Sickness Absence Duration, Disability and Discharge. *J Occup Rehabil* 2010; 20:264-73. DOI 10.1007/s10926-010-9239-3.
- Holstein JA, Gubrium JF. *The Active Interview*. Qualitative Research Methods Series, v. 37. California: SAGE Publications, Inc ; 1995.
- Hong ZR, Hong SY, Han MJ, Lee HS, Gil HO, Yang JO, Lee EY, Hong SY. Clinical Observation of 12 Farmers Who Believe Themselves to Have Suffered from

- Chronic Pesticide Intoxication. *The Korean Journal of Internal Medicine* 2008; 23:1-4.
- Horder J. The Role of the General Practitioner In Psychological Medicine. *Proc. R. Soc. Med.* 1967; 60:261-70.
- Hudson JL, Comer JS, Kendall PC. Parental Responses to Positive Emotions in Anxious and Nonanxious Children. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2008;37(2):303-13. DOI:10.1080/15374410801955839.
- Ibeziako P, Bujoreanu S. Approach to psychosomatic illness in adolescents. *Curr Opin Pediatr* 2011;23:000–000. DOI:10.1097/MOP.0b013e3283483f1c.
- INE. *Recenseamento da população e Habitação* – 2001.
- Interian A, Gara MA, Díaz-Martínez AG, Warman MJ, Escobar JI, Allen LA, Manetti-Cusa J. The Value of Pseudoneurological Symptoms for Assessing Psychopathology in Primary Care. *Psychosomatic Medicine* 2004;66:141-146.
- Jackson JL e Kroenke K. Managing Somatisation. Medically Unexplained Should Not Mean Medically Ignored. *J Gen Intern Med.* 2006; 21(7):797–9.
- Jackson JL, Passamonti M. The Outcomes Among Patients Presenting in Primary Care with a Physical Symptom at 5 Years. *J Gen Intern Med* 2005; 20:1032–7. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2005.0241.x.
- Jackson JL, Kroenke K. Managing Somatization. Medically Unexplained Should Not Mean Medically Ignored. *J Gen Intern Med.* 2006; 21(7):797–9.
- Jamouille M, Roland M. *Quaternary Prevention and the Glossary of General Practice/Family Medicine*. Wonca Classification Committee, June 6/9, Hong Kong; 1995.
- Janeiro, M. Acesso aos Cuidados de Saúde Secundários numa extensão do Centro de Saúde de Serpa: 10 anos depois. *Rev Port Clin Geral* 2001;17:193-207.
- Jerjes W, Madland G, Feinmann C, El-Maaytah M, Kumar M, Colin Hopper C, Upile T, Newman S. Psycho-education programme for temporomandibular disorders: a pilot study. *Journal of Negative Results in BioMedicine* 2007, 6:4 DOI:10.1186/1477-5751-6-4.
- Jones E, Wesselys S. War Syndromes: The Impact of Culture on Medically Unexplained Symptoms. *Medical History* 2005; 49:55–78.



- Jones E, Wessely S. War Syndromes: The Impact of Culture on Medically Unexplained Symptoms. *Medical History* 2005; 49:55–78.
- Kanaan R, Lepine JP, Wessely SC. The Association or Otherwise of the Functional Somatic Syndromes. *Psychosom Med*. 2007; 69(9): 855–859. doi:10.1097/PSY.0b013e31815b001a.
- Karpf A. *Doctoring the Media. The Reporting of Health and Medicine*. London: Routledge; 1988.
- Kessler D, Hamilton W. Normalization: horrible word, useful idea. *Br J Gen Pract* 2004; Março:163-2.
- Khan AA, Khan A, Harezlak J, Tu W, Kroenke K. Somatic Symptoms in Primary Care: Etiology and Outcome. *Psychosomatics* 2003;44:171-8
- Kim HW, Rim HD, Kim JH, Lee SJ. Alexithimia and Stress Response Patterns among Patients with Depressive Disorders in Korea. *Psychiatry Invest* 2009;6:13-8.
- Kirmayer L, Robbins J, Dworkind M, Yaffe M. Somatization and the recognition of anxiety and depression in primary care. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 734-41.
- Kirmayer LJ, Groleau D, Looper KL, Dao MD. Explaining Medically Unexplained Symptoms. *Can J Psychiatry* 2004;49:663-72.
- Kirmayer LJ, Robbins JM. Three Forms of Somatization in Primary Care: Prevalence, Co-occurrence, and Sociodemographic Characteristics. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179:647-55.
- Koch H, van Bokhoven MA, ter Riet G, Weijden T, Dinant GJ, Bindels PJE. Demographic characteristics and quality of life of patients with unexplained complaints: a descriptive study in general practice. *Qual Life Res* 2007;16:1483-1489. DOI 10.1007/s11136-007-9252-y.
- Kolk AMM, Schagen S, Hanewald GJFP. Multiple medically unexplained physical symptoms and health care utilization. Outcome of psychological intervention and patient-related predictors of change. *J Psychosom Res* 2004; 57: 379–89.
- Kooiman CG, Bolk JH, Rooijmans HGM, Trijsburg RW. Alexithymia Does Not Predict the Persistence of Medically Unexplained Physical Symptoms. *Psychosomatic Medicine* 2004; 66:224-32. DOI:10.1097/01.psy.0000116714.38868.06.

- Kroenke K, Arrington ME, Mangelsdorff AD. The prevalence of symptoms in medical outpatients and the adequacy of therapy. *Arch Intern Med* 1990; 150(8):1685-9.
- Kroenke K, Mangelsdorff AD. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *Am J Med* 1989; 86(3):262-6.
- Kroenke K, Price RK. Symptoms in the community. Prevalence, classification, and psychiatric comorbidity. *Arch Intern Med* 1993; 153(2):2474-80.
- Kroenke K, Spitzer RL, Janet B, Williams W. The PHQ-15: Validity of a New Measure for Evaluating the Severity of Somatic Symptoms. *Psychosom Med* 2001; 64:258–266.
- Kvale S. *Doing Interviews*. London: SAGE Publications, Lt<sup>a</sup>, 2007.p.124-5.
- Kwan CL, Daimant NE, Mikula K, Davis KD. Characteristics of rectal perception are altered in irritable bowel syndrome. *Pain* 2005;113:160-71.
- Leibbrand R, Hiller W, Frichter MM. Hypochondriasis and Somatization: Two Distinct Aspects of Somatoform Disorders? *J Clin Psychol* 2000; 56:63-72.
- Leiknes KA, Finset A, Moum T, Sandanger I. Course and predictors of medically unexplained pain symptoms in the general population. *J Psychosom Res* 2007;62:119-128.
- Lempp HK, Hatch SL, Carville SF and Choy EH. Patients' experiences of living with and receiving treatment for fibromyalgia syndrome: a qualitative study. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2009, 10:124 doi:10.1186/1471-2474-10-124.
- Lenth, R.V. Java Applets for Power and Sample Size (computer software). Disponível em: <http://www.uiowa.edu/~rlenth/Power>. [acedido em 05/20/2008]
- Levy RL, Whitehead WE, Walker LS, von Korff M, Feld AD, Garner M, Christie D. Increased somatic complaints and health-care utilization in children: effects of parent IBS status and parent response to gastrointestinal symptoms. *Am J Gastroenterol* 2004;99(12):2442-51.
- Li CT, Chou YH, Yang KC, Yang CH, Lee YC, Su TP. Medically Unexplained Symptoms and Somatoform Disorders: Diagnostic Challenges to Psychiatrists. *J Chin Med Assoc* 2009; 72(5):251-6.
- Little P, Dorward M, Warner G, Stephens K, Senior J, Moore M. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for



- investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. *BMJ* 2004. doi:10.1136/bmj.38013.644086.7C
- Little P, Somerville J, Williamson I, Warner G, Moore M, Wiles R, George S, Smith A, Peveler R. Psychosocial, lifestyle, and health status variables in predicting high attendance among adults. *Br J Gen Pract* 2001; 51:987-94.
- Lloyd G. Hysteria: a case for conservation? *Br Med J* 1986;293:1255-6.
- Lloyd G. Medicine without signs. *Br Med J* 1983;287:539-42.
- Luo Z, Goddeeris J, Gardiner JC, e Smith RS. Costs of an Intervention for Primary Care Patients With Medically Unexplained Symptoms: A Randomized Controlled Trial. *Psychiatr Serv.* 2007 ; 58(8):1079–86. doi:10.1176/appi.ps.58.8.1079.
- Lynch D, McGrady A, Nagel R, Zsembik C. Somatization Family Practice: Comparing five Methods of Classification. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry* 1999;1:85-9.
- Lynch DS, McGray AV, Nagel RW, Wahl E. The Patient-Physician Relationship and Medical Utilization. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2007; 9:266-70 .
- Mailis-Gagnon A, Nicholson K, Yegneswaran B, Zurowski M. Pain characteristics of adults 65 years of age and older referred to a tertiary care pain clinic. *Pain Res Manage* 2008;13(5):389-94.
- Mailloux J, Brener J. Somatosensory Amplification and Its Relationship to Heart Detection Ability. *Psychosom Med* 2002;64:353-7.
- Main CJ, Williams AC. ABC of psychological medicine musculoskeletal pain. *BMJ* 2002;325:534-7.
- Mainio A, Hakko H, Niemela A, Koivukangas J, Räsänen P. Somatization Symptoms Are Related to Right-Hemispheric Primary Brain Tumor: A Population-Based Prospective Study of Tumor Patients in Northern Finland. *Psychosomatics* 2009; 50:331-5.
- Malt EA, Olafsson S, Lund A, Ursin H. Factors explaining variance in perceived pain in women with Fibromyalgia. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2002, 3:12. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/3/12>.
- Matalon A, Kotliroff A, Blumberg G, Yaphe J, Kitai E. Non-specific symptoms as clues to changes in emotional well-being. *BMC Family Practice* 2011;12:77. DOI:10.1186/1471-2296-12-77.

- Mayou R. Medically unexplained physical symptoms. Do not overinvestigate. *BMJ* 1991; 303(7):534-5.
- McWhinney IR, Freeman T. Clinical Method. In: *Textbook of Family Medicine*. 3rd edition. Oxford: Oxford University Press; 2009.p140-92.
- McWilliam CL, Brown JB. Using qualitative methodologies to illuminate patient-centered care. In: Stewart M, Brown JB, Freeman TR (eds.). *Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method*. 2nd edition. Oxon: Radcliffe Medical Press; 2003.p251-61.
- Melville DI. Descriptive clinical research and medically unexplained symptoms. *J Psychosom Res* 1987; 31(3):359.
- Miller RC. The somatically preoccupied patient in primary care: use of attachment theory to strengthen physician-patient relationships. *Osteopathic Medicine and Primary Care* 2008; 2:6. DOI:10.1186/1750-4732-2-6.
- Min SK, Lee BO. Laterality in somatization. *Psychosom Med* 1977;59:236-240.
- Mota-Cardoso R. Autorregulação dos sistemas naturais. *Revista Portuguesa de Psicossomática* 2001;3(2):39-96.
- Muller JE, Wentzel I, Nel DG, Stein DJ. Depression and anxiety in multisomatoform disorder: Prevalence and clinical predictors in primary care. *S Afr Med J* 2008;98(6):473-6.
- Mumford DB, Devereux TA, Maddy PJ, Johnston JV. Factors leading to the reporting of 'functional' somatic symptoms by general practice attenders. *Br J Gen Pract* 1991; 41: 454-458.
- Muris P, Meesters C, van den Hout A, Wessels S, Franken I, Rassin E. Personality and Temperament Correlates of Pain Catastrophizing in Young Adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev* 2007;38:171–81 DOI:10.1007/s10578-007-0054-9.
- Naessens JM, Baird MA, van Houten HK, Vanness DJ, Campbell CR. Predicting Persistently High Primary Care Use. *Ann Fam Med* 2005;3:324-330. DOI: 10.1370/afm.352.
- Nakao M, Barsky AJ, Kumano H, Kuboki T. Relationship Between Somatosensory Amplification and Alexithimia in a Japanese Psychosomatic Clinic. *Psychosomatics* 2002;4:55-60.
- Nakao M, Barsky AJ. Clinical application of somatosensory amplification in psychosomatic medicine. *BioPsychoSocial Medicine* 2007;l:17. DOI:10.1186/1751-0759-1-17.

- Nunes J. *Saúde nos Média*. Lisboa. Dissertação [Mestre em “Comunicação em Saúde”] - Universidade Aberta; 2002.
- O' Brien MC. Medically unexplained neurological symptoms. The risk of missing organic disease is low. *BMJ* 1998;316:564–5.
- olde Hartman TC, Lucassen PLBJ, van de Lisdonk EH, Bor HHJ, van Weel C. Chronic functional somatic symptoms: a single syndrome? *Br J Gen Pract* 2004; 54:922-927.
- Oyama O, Paltoo J, Greengold J. Somatoform disorders. *Am Fam Physician* 2007;76:1333-8.
- Page LA, Wessely S. Medically unexplained symptoms: exacerbating factors in the doctor–patient encounter. *J R Soc Med* 2003;96:223–227.
- Pais-Ribeiro J. Questionário de manifestações físicas de mal-estar. *Psiquiatria Clínica* 2003;24(1),65-76.
- Palsson N. Functional somatic symptoms and hypochondriasis among general practice patients: a pilot study. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 78: 191-197.
- Peters S, Rogers A, Salmon P, Gask L, Dowrick C, Towey M, Clifford R, Morriss R. What Do Patients Choose to Tell Their Doctors? Qualitative Analysis of Potential Barriers to Reattributing Medically Unexplained Symptoms. *J Gen Intern Med* 2008;24(4):443–9. DOI: 10.1007/s11606-008-0872-x.
- Peters S, Stanley I, Rose M, Kaney S, Salmon P. A randomized controlled trial of group aerobic exercise in primary care patients with persistent, unexplained physical symptoms. *Family Practice* 2002; 19:665-74.
- Peveler R, Kilkenny L e Kinmonth AL. Medically unexplained physical symptoms in primary care: A comparison of selfreport screening questionnaire and clinical opinion. *J Psychosom Res* 1997; 42(3):245.
- Pilar PI. Living with diabetes: quality of care and quality of life. *Patient Preference and Adherence* 2011;5:65-72.
- Pilowsky I, Smith QP, Katsikitis M. Illness behaviour and general practice utilization: a prospective study. *J Psychosom Res* 1987; 31: 177-183.
- Pilowsky I. The Concept of Abnormal Illness Behavior. *Psychosomatics* 1990;31(2):207-13.
- Poikolainen K, Aalto-Setälä T, Marttunen M, Tuulio-Henriksson A, Lönnqvist J. Predictors of somatic symptoms: a five year follow up of adolescents. *Arch Dis Child* 2000;83:388–92.

- Ponte CMF, Moura BG, Cerejo AC, Braga R, Marques I, Teixeira A, *et al.* Referenciação aos cuidados de saúde secundários. *Rev Port Clin Geral* 2006;22:555-68.
- PORDATA. 02-04-2012. Disponível em:  
<http://www.pordata.pt/Municipios/Populacao+residente+com+15+mais+anos+segundo+os+Censos+total+e+por+nivel+de+escolaridade+completo+mais+elevado-69>. [acedido em: 28/07/2012].
- Raine R, Haines A, Sensky T, Hutchings A, Larkin K, Black N. Systematic review of mental health interventions for patients with common somatic symptoms: can research evidence from secondary care be extrapolated to primary care? *BMJ* 2002;325:2-11.
- Rasmussen N, Agerter DC, Colligan RC, Baird MA, Yunghans CE, Cha SS. Somatization and alexithymia in patients with high use of medical care and medically unexplained symptoms. *Mental Health in Family Medicine* 2008; 5:139-48.
- Reid S, Wessely S, Crayford e Hotopf M. Frequent attenders with medically unexplained symptoms: service use and costs in secondary care. *British Journal of Psychiatry* 2002; 180:248-253.
- Reid S, Wessely S, Crayford T, Hotopf M. Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: retrospective cohort study. *BMJ* 2001; 322:1-4.
- Reid S, Wessely S, Crayford, Hotopf M. Frequent attenders with medically unexplained symptoms: service use and costs in secondary care. *Br J Psychiatry* 2002; 180:248-253.
- Reid S. Multiple chemical sensitivity. Is the environment really to blame? *J R Soc Med* 1999;92:616-9.
- Ribeiro JLP. *Questionário de Manifestações Físicas de Mal Estar*. <http://www.fpce.up.pt/docentes/paisribeiro/testes/manual.htm>. [acedido em 27/11/2008]
- Rief W e Hiller W. A New Approach to the Assessment of the Treatment Effects of Somatoform Disorders. *Psychosomatics* 2003; 44:492–8.
- Rief W, Barsky AJ. Psychobiological perspectives on somatoform disorders. *Psychoneuroendocrinology* 2005;30(10):996-1002.
- Rief W, Broadbent E. Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. *Clinical Psychology Review* 2007;27:821-41.

- Rief W, Broadbent E. Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. *Clinical Psychology Review* 2007;27:821-41.
- Rief W, Heitmüller AM, Reisberg K, Rüddel H. Why reassurance fails in patients with unexplained symptoms – An experimental investigation of remembered probabilities. *PloS Med* 2006; 3(8):e269. DOI:10.1371/journal.pmed.0030269.
- Rief W. Analyzing the Problems in Managing Patients with Medically Unexplained Symptoms. *J Gen Intern Med* 2007; 22:704-706. DOI: 10.1007/s11606-007-0151-2.
- Rief W. Analyzing the Problems in Managing Patients with Medically Unexplained Symptoms. *J Gen Intern Med* 2007; 22:704-706. DOI: 10.1007/s11606-007-0151-2.
- Ring A, Dowrick C, Humphris G e Salmon P. Do patients with unexplained physical symptoms pressurise general practitioners for somatic treatment? A qualitative study. *BMJ*, DOI:10.1136/bmj.38957.622639.EE (published 31 March 2004).
- Robbins JM, Kirmayer LJ, Hemami SM. Latent Variable Models of Functional Somatic Distress. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185(10):606-15.
- Rogers CR. *Sobre o Poder Pessoal*. São Paulo: Martins Fontes; 2001.
- Rogers CR. *Tornar-se Pessoa*. 7ª edição. Lisboa: Moraes Editores; 1985.
- Rosendal M, Fink P, Bro F, Olesen F. Somatization, heartsink patients, or functional somatic symptoms? Towards a clinical useful classification in primary health care. *Scand J Prim Health Care* 2005;23-3-10. DOI: 10.1080/02813430510015304.
- Rudebeck CE. What is General Clinical Competence? Facing the Theoretical Challenge to General Practice. *Scand J Prim Health Care* 1991;Suppl 1:61-82.
- Sá AB. *A Decisão em Medicina Geral e Familiar. Um modelo de decisão clínica tomando como exemplo a infeção genital por Chlamydia trachomatis*. Tese de Doutoramento. Faculdade de Medicina de Lisboa, Universidade de Lisboa; 2002.
- Sá BA, Jordão JG. Estudo europeu sobre referenciação em cuidados primários. II – Dados de seguimento e informação de retorno. *Rev Pot Clín Geral* 1993;10:238-44.

- Salmon P, Dowrick C, Ring A, Humphris G. Voiced but unheard agendas: qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners. *Br J Gen Pract* 2004; 54:171-6.
- Salmon P, Hall GM. Patient empowerment or the emperor's new clothes. *J R Soc Med* 2004;97:53–56.
- Salmon P, Peters S e Stanley I. Patients' perceptions of medical explanations for somatisation disorders: qualitative analysis. *BMJ* 1999; 318:372.
- Salmon P, Peters S, Clifford R, Iredale W, Gask L, Rogers A *et al.* Why do General Practitioners Decline Training to Improve Management of Medically Unexplained Symptoms? *Society of General Internal Medicine* 2007;22:565-71.
- Salmon P, Peters S, Clifford R, Iredale W, Gask L, Rogers A *et al.* Why do General Practitioners Decline Training to Improve Management of Medically Unexplained Symptoms? *Society of General Internal Medicine* 2007;22:565-71.
- Salmon P, Peters S, Stanley I. Patients' perceptions of medical explanations for somatisation disorders: qualitative analysis. *BMJ* 1999; 318:372.
- Santos I. *O doente com Patologia Múltipla em Medicina Geral e Familiar: comorbilidade de quatro doenças crónicas*. Tese de doutoramento. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; 2006.
- Sattel H, Lahmann C, Gündel H, Guthrie E, Kruse J, Noll-Hussong M, Ohmann C, Ronel J, Sack N, Sauer N, Schneider G and Henningsen P. Brief psychodynamic interpersonal psychotherapy for patients with multisomatoform disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2012; 200:60-67. DOI: 10.1192/bjp.bp.111.093526
- Schneider A, Horlein E, Wartner E, Schumann I, Henningsen P, Linde K. Unlimited access to health care – impact of psychosomatic co-morbidity on utilization in German general practices. *BMC Family Practice* 2011;12:51. DOI:10.1186/1471-2296-12-51.
- Schrag A, Brown RJ, Trimble MR. Reliability of self-reported diagnoses in patients with neurologically unexplained symptoms. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004;75:608–611. DOI: 10.1136/jnnp.2003.020552.
- Schulte I E, Petermann F. Somatoform disorders: 30 years of debate about criteria! What about children and adolescents? *J Psychosom Res* 2011;70:218-228.



- Scicchitano J, Lovell P, Pearce R, *et al.* Illness behavior and somatization in general practice. *J Psychosom Res* 1996; 41:247-254.
- Shortt SED. 1986. An Approach to Somatization in Family Medicine. *Can Fam Physician* 1986;32:2521-2524.
- Sifneos PE. The prevalence of alexithymia characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 1973;22:255–262.
- Silverman D. *Interpreting Qualitative Data*, 3rd edition. London: SAGE Publications, Ltd; 2006.
- Smith D, Defalla BA, Chadwick DW. The misdiagnosis of epilepsy and the management of refractory epilepsy in a specialist clinic. *Q J Med* 1999;92:15-23.
- Smith LK, Pope C, Botha JL. Patients' help-seeking experiences and delay in cancer presentation: a qualitative synthesis. *Lancet* 2005;366:825-31.
- Smith R C, Dwamena FC. Classification and Diagnosis of Patients with Medically Unexplained Symptoms. *Society of General Internal Medicine* 2007;22:685–691. DOI: 10.1007/s11606-006-0067-2.
- Smith RC e Dwamena FC. Classification and Diagnosis of Patients with Medically Unexplained Symptoms. *J Gen Intern Med* 2007; 22:685-91.
- Smith RC, Gardiner JC, Lyles JS, Sirbu C, Dwamena FC Hodges A *et al.* Exploration of DSM-IV Criteria in Primary Care Patients with Medically Unexplained Symptoms. *Psychosom Med* 2005; 67(1):123-129.
- Smith RC, Korban E, Kanj M, Haddad R, Lyles JS, Lein C, Gardiner JC, Hodges A, Dwamena FC, Coffey J, Collins C. A Method for Rating Charts to Identify and Classify Patients with Medically Unexplained Symptoms. *Psychother Psychosom.* 2004 ; 73(1): 36–42.
- Smith RC, Lein C, Collins C, Lyles JS, Given B, Dwamena FC, *et al.* 2003. Treating patients with medically unexplained symptoms in primary care. *J Gen Intern Med*; 18:478-489.
- Smith RC, Lyles JS, Gardiner JC, Sirbu C, Hodges A, Collins C *et al.* Primary Care Clinicians Treat Patients with Medically Unexplained Symptoms: A Randomized Controlled Trial. *J Gen Intern Med* 2006; 21:671–7. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2006.00460.x.
- Smith RC, Lyles JS, Methler J, Stoffelmayr BE, van Egeren LF, Marshal AA *et al.* The Effectiveness of Intensive Training for Residents in Interviewing: A Randomized, Controlled Study. In: Smith RC (ed.). *Patient-Centered*

- Interviewing. An Evidence-Based Method.* 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.p153-72.
- Speckens AEM, Hemert AM, Spinhoven P, Hawton KE, Bolk JH, Rooijmans HGM. Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a randomized controlled trial. *BMJ* 1995;311:1328-32.
- Staneley I, Salmon P, Peters S. (2002) Doctors and social epidemics: the problem of persistent unexplained physical symptoms, including chronic fatigue. *Br J Gen Pract*; 355-336.
- Steinbrecher N, Koerber S, Frieser D, Hiller W. The Prevalence of Medically Unexplained Symptoms in Primary Care. *Psychosomatics* 2011;52:263–271.
- Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method.* 2nd edition. Oxon: Radcliffe Medical Press; 2003.
- Stocks P. *Sicknnes in the Population of England and Wales in 1944-47.* His Majesty's Stationery Office, London 1949.
- Stone J, Carson A, Sharpe M. Functional Symptoms in Neurology: Management. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005;76(Suppl 1):i13–i21. DOI: 10.1136/jnnp.2004.061663.
- Stone J, Smyth R, Carson A, Lewis S, Prescott R, Warlow C, Sharpe M. Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and “hysteria”. *BMJ* 2005; DOI:10.1136/bmj.38628.466898.55.
- Sumathipala A. What is the Evidence for the Efficacy of Treatments for Somatoform Disorders? A Critical Review of Previous Intervention Studies. *Psychosom Med* 2007; 69:889-900.
- Sumathipala A. What is the Evidence for the Efficacy of Treatments for Somatoform Disorders? A Critical Review of Previous Intervention Studies. *Psychosom Med* 2007; 69:889-900.
- Swanson LM, Hamilton JC, Feldeman MD. Physician-based estimates of medically unexplained symptoms: a comparison of four case definitions. *Fam Pract* 2010; 0:1-7. DOI:10.1093/fampra/cmq051.
- Tanaka Y, Kanazawa M, Fukudo S, Drossman DA. Biopsychosocial Model of Irritable Bowel Syndrome. *J Neurogastroenterol Motil* 2011;17(2). DOI: 10.5056/jnm.2010.17.2.131.

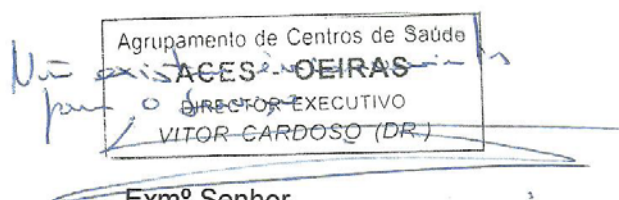


- Tsai CH. Factor analysis of clustering of common somatic symptoms: a preliminary study. *BMC Health Services Research* 2010; 10:160. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/160>. [acedido em 28/08/2010]
- Tylee A, Gandhi P. The Importance of Somatic Symptoms in Depression in Primary Care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2005;7:167–76.
- Ventura LM. Psychoneuroimmunology: application to ocular diseases. *J Ocul Biol Dis Inform* 2009;2:84-93. DOI:10.1007/s12177-0009-9028-4.
- Waal MWM, Arnold IA, Eekhof JAH, Assendelft WJJ, van Hemert AM. Follow-up study on health care use of patients with somatoform, anxiety and depressive disorders in primary care. *BMC Family Practice* 2008, 9:5 DOI:10.1186/1471-2296-9-5.
- Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. *Pragmática da Comunicação Humana. Um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação*. São Paulo: Editora Cultrix, Ltdª; 1967.p.73.
- Watzlawick P. *A Realidade é Real?* Lisboa: Relógio D'Água; 1991.p.61.
- Weiss R, Fogelman Y, Yaphe J. Somatization in response to undiagnosed obsessive compulsive disorder in a family. *BMC Family Practice* 2003, 4:1.
- Wessely S, Nimnuan C e Sharp M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet* 1999; 354:936-39.
- Weston WW, Brown JB. Developing a patient-centered curriculum. In: Stewart M, Brown JB, Freeman TR eds. *Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method*. 2nd edition. Oxon: Radcliffe Medical Press; 2003.p229-243.
- White KL, Williams TF, Greenberg BG. The Ecology of Medical Care. *N Engl J Med* 1961; 265:885-92.
- White KL. The Ecology of Medical Care: Origins and Implications for Population-Based Healthcare Research. *Health Services Research* 1997; 32:11-21.
- Whitehead WE, Crowell MD, Robinson JC, Heller BR, Schuster MM. Effects of stressful life events on bowel symptoms: subjects with irritable bowel syndrome compared with subjects without bowel dysfunction. *Gut* 1992;33:825-30.
- Whitehead WE, Winget C, Fedoravicius AS, Wooley S, Blackwell B. Learned illness behavior in patients with irritable bowel syndrome and peptic ulcer. *Dig Dis Sci* 1982;27(3):202-8.

- Wieclaw J, Agerbo E, Mortensen PB, Bonde JP. Risk of affective and stress related disorders among employees in human service professions. *Occup Environ Med* 2006;63:314-9. DOI:10.1136/oem.2004.019398.
- Wientjes CJE, Grossman P. Overreactivity of the Psyche or the Soma? Interindividual Associations Between Psychosomatic, Anxiety, Heart Rate, and End-Tidal Partial Carbon Dioxide Pressure. *Psychosom Med* 1994; 56:533-540.
- Wileman L, May C, Chew-Graham CA. Medically unexplained symptoms and the problem of power in the primary care consultation: a qualitative study. *Family Practice* 2002; 19:178-182.
- Williams N, Wilkinson C, Stott N, Menkes DB. Functional illness in primary care: dysfunction versus diseases. *BMC Family Practice* 2008, 9:30. DOI:10.1186/1471-2296-9-30.
- Wilson A, Hickie I, Lloyd A, Hadzi-Pavlovic D, Boughton C, Dwyer J, Wakefield D. Longitudinal study of outcome of chronic fatigue syndrome. *BMJ* 1994;308:756-9.
- Winters W, Devriese S, van Diest I, *et al.* Media Warnings About Environmental Pollution Facilitate the Acquisition of Symptoms in Response to Chemical Substances. *Psychosom Med* 2003; 65:332–338. DOI: 10.1097/01.PSY.0000041468.75064.BE.
- Wool CA, Barsky AJ. Do Women Somatize More Than Men? Gender Differences in Somatization. *Psychosomatics* 1994;35:445-52.
- World Health Organization. ICD-10. *International Statistical Classification of Disease Related Health Problems*. 10th Revision. Version for 2007. Disponível em: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd10online> [acedido em 2/8/2010].
- Yeung AS, Guang HD. Somatoform Disorders in Primary Care. *Western Journal of Medicine* 2002;176:253-6.

# ANEXOS





Oeiras, Dezembro de 2008

Exmº Senhor  
Director Executivo  
do ACES de Oeiras

Exmº Senhor,

ASSUNTO: autorização para estudo de investigação

Para efeitos de investigação no âmbito do plano de doutoramento pela Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Nova de Lisboa, solicito autorização para a realização dos seguintes estudos.

1. Prevalência dos sintomas físicos na população;
2. Estudo qualitativo das representações mentais dos doentes com sintomas somatoformes
3. Frequência de doentes com sintomas somatoformes na consulta de MGF.

O estudo 1 (Prevalência dos sintomas físicos na população) consiste num inquérito por via postal. A selecção da amostra será feita a partir da lista de utentes da USF São Julião, mediante aleatorização de 600 utentes a quem será enviado o inquérito, com envelope de resposta paga. Do mesmo inquérito (cujo formulário se anexa) faz parte um pedido de actualização de dados, se acaso o utente encontrar alguma discrepância, resultando uma mais-valia para o Serviço. Em anexo o modelo de carta a enviar. Para este efeito solicito que os portes de envio sejam a cargo do ACES e eu assumirei os encargos com a resposta. Todo o trabalho de envio será da minha exclusiva responsabilidade.

O estudo 2, não implica qualquer encargo para o ACES e consiste na realização de entrevistas a doentes, após autorização do doente comprovada com declaração de consentimento que também se anexa.

O estudo 3, não tem qualquer encargo para o Serviço e os clínicos participantes, cujo trabalho consistirá em identificar os doentes com sintomas somatoformes que recorrerem à sua consulta durante uma semana, concordaram em participar no mesmo.

Agradecendo a sua melhor atenção, apresento os meus melhores cumprimentos.

Atentamente

José Manuel Mendes Nunes  
Médico de Família da USF São Julião

Em anexo: Carta a enviar aos utentes do estudo 1.

Inquérito a enviar aos utentes do estudo 1.

Declaração de consentimento para o estudo 2.





# UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Médicas

Comissão de Ética

(Presidente: Prof. Doutor Diogo Pais)

## Decisão final sobre o projecto

### "PERTURBAÇÕES MULTISOMATOFORMES EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR"

A Comissão de Ética da FCM-UNL (CEFCM) decidiu, por unanimidade, aprovar o projecto intitulado "PERTURBAÇÕES MULTISOMATOFORMES EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR", submetido pelo Dr. José Manuel Mendes Nunes.

Lisboa, 28 de Julho de 2011

O Presidente da Comissão de Ética,

(Prof. Doutor Diogo Pais)

## TO WHOM IT MAY CONCERN

The Ethical Committee of the Faculty of Medical Sciences of the New University of Lisbon (Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa) has unanimously approved the Research Project entitled "PERTURBAÇÕES MULTISOMATOFORMES EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR", submitted by Dr. José Manuel Mendes Nunes.

Lisbon, July 28th, 2011

The Chairman of the Ethical Committee,

(Prof. Doutor Diogo Pais)





Oeiras, 1 de Setembro de 2008

Unidade de Saúde Familiar São Julião  
Centro de Saúde de Oeiras  
Avenida Salvador Allende  
2780-163 OEIRAS

Exm<sup>o(a)</sup> Senhor(a).

A presente carta tem como objectivo verificar se os seus dados de identificação, que constam no nosso sistema de informação, estão actualizados. Para este efeito agradecemos que, comparando-os com os que se encontram no endereço desta carta, mencione na folha em anexo aqueles que não estão actualizados. A informação correcta da sua identificação, morada e telefone é importante para o(a) contactarmos em caso de necessidade de ser avisado(a) por qualquer motivo relacionado com a sua saúde e utilização destes serviços. Informamos que a actualização da morada não tem qualquer implicação na legitimidade de continuar inscrito(a) no SEU médico de família.

Aproveitamos a oportunidade para lhe solicitar o preenchimento do inquérito em anexo que faz parte de um estudo sobre a frequência de sintomas sentidos pelos utentes da USF São Julião, para o qual a sua colaboração é imprescindível. As suas respostas serão tratadas de modo anónimo não sendo associadas ao seu nome.

No entanto, se por qualquer motivo, entender não responder a este inquérito, decisão que respeitamos, agradecemos que nos devolva, no envelope de resposta paga, a informação referente à correcção dos seus dados de residência e telefone. Mais declaramos que os dados solicitados serão para uso exclusivo desta Unidade de Saúde estando, por lei, proibida a sua cedência a terceiros.

Com os nossos melhores cumprimentos

A Coordenadora de USF São Julião



### COMO ME COSTUMO SENTIR FISICAMENTE

Abaixo encontra um conjunto de sintomas que muitas pessoas sentem com frequência na sua vida do dia-a-dia. Assinale a **frequência** e a **intensidade** com que esses sintomas o afectam de acordo com a escala que apresentamos de seguida:

#### Valor de Frequência

- 5 Ocorre *diariamente*
- 4 Ocorre *várias vezes por semana*
- 3 Ocorre *cerca de uma vez por semana*
- 2 Ocorre *cerca de uma vez por mês*
- 1 Ocorre *menos de uma vez por mês*
- 0 *Nunca ocorre*

#### Valor de Intensidade

- 4 É *extremamente incómodo* quando ocorre
- 3 *Muito incómodo* quando ocorre
- 2 *Moderadamente incómodo* quando ocorre
- 1 *Ligeiramente incómodo* quando ocorre
- 0 *Não é problema*

	Valor de Frequência	Valor de Intensidade
1. Dor de cabeça		
2. Dor nas costas		
3. Dores no estômago		
4. Insónia		
5. Fadiga		
6. Depressão		
7. Enjoo		
8. Tensão geral		
9. Palpitações cardíacas		
10. Dores nos olhos associadas à leitura		
11. Diarreia ou prisão de ventre		
12. Tonturas		
13. Fraqueza		
14. Dores musculares		
15. Dores de Garganta		
16. Tosse		
17. Alergias		
18. Acne ou borbulhas		
19. Nariz tapado		

Perante estes sintomas o que fez?

- ☐ Não fiz nada.
- ☐ Tomei medicamento que tinha em casa.
- ☐ Pedi conselho na Farmácia
- ☐ Fui ao médico
- ☐ Outro: (diga qual).....

## *Sintomas somatoformes em MGF. ANEXO IV(2/2)*

**Habilitações** (assinale com X a que mais se lhe adapta):

- ☐ Não sabe ler/escrever
- ☐ Sabe ler/escrever
- ☐ 4º ano
- ☐ 9º ano
- ☐ 12º ano
- ☐ Curso superior

**Assinale o sexo**

- ☐ Mulher
- ☐ Homem

**Mencione a idade:** \_\_\_\_\_ anos

**Confirmo os meus dados de identificação:**

☐ **SIM**

☐ **NÃO**, neste caso escreva abaixo os elementos a actualizar:

Nome: .....

Morada: .....

.....

Telefone: .....

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

**DOENTES COM SINTOMAS NÃO EXPLICÁVEIS FISICAMENTE****1. IDENTIFICAÇÃO** (quando indicado, sublinhe a resposta)
Nome \_\_\_\_\_ **NOP**

--	--	--	--	--	--	--

  
Idade 

--	--

**Sexo:** Feminino; Masculino

Escolaridade	Estado civil	Situação laboral
Não sabe ler	Solteiro	Estudante
Sabe ler	Casado/união de facto	Procura 1º emprego
4º ano	Divorciado/separado	Empregado
12º ano	Viúvo	Trab conta própria
Superior	Não responde	Desempregado
		Reformado
		Não sabe

**2. SINTOMAS.** Assinale com X os sintomas referidos pelo doente, na presente consulta, para os quais não tem explicação orgânica.

1	Dor de cabeça	11	Diarreia ou prisão de ventre
2	Dor nas costas	12	Tonturas
3	Dor no estômago	13	Fraqueza
4	Insónia	14	Dores musculares
5	Fadiga	15	Dores de garganta
6	Depressão	16	Tosse
7	Enjoo	17	Alergias
8	Tensão geral	18	Acne ou borbulhas
9	Palpitações cardíacas	19	Nariz tapado
10	Dores nos olhos associadas à leitura	?	
?		?	

?) Para descrever outros sintomas.

**3. REPRESENTAÇÕES DO DOENTE.** O doente foi questionado sobre o que pensava serem devidos os sintomas? (*Sublinhe a resposta*)

NÃO

SIM, o doente respondeu \_\_\_\_\_

SIM mas o doente não respondeu.

**4. PROCEDIMENTOS.** O que fez nesta consulta por causa daqueles sintomas?

	Escutou
	Exame objectivo
	Requisitou ECD de diagnóstico
	Prescreveu fármacos. Quais?
	Referenciou a
	Outras medidas terapêuticas. Quais?
	Marcou nova consulta de seguimento.

## ANEXO V (2/2)

**5. CO-MORBILIDADES.** Mencione os diagnósticos activos na presente data.

	Hipertensão arterial		
	Diabetes Mellitus		
	Depressão		
	Ansiedade/Pânico		

**6. SÍNDROMES FUNCIONAIS.** Mencione as síndromes funcionais diagnosticadas.

	Fibromialgia		Cefaleias de tensão
	Fadiga crónica		Hiperventilação
	Cólon irritável	?	
	Sensibilidade múltipla a químicos	?	
?		?	

## SEGUIMENTO

**7. SEGUIMENTO.** (6 meses após a 1ª consulta)

Depois da 1ª consulta e até esta data o que fez por causa dos sintomas sem explicação física?

	Escutou
	Exame objectivo
	Requisitou ECD de diagnóstico
	Prescreveu fármacos. Quais?
	Referenciou a
	Outras medidas terapêuticas. Quais?
	Marcou nova consulta de seguimento.

**8. EVOLUÇÃO.** Qual foi a evolução dos sintomas referidos na 1ª consulta?

	Chegou-se a um diagnóstico. Especifique
	Remissão espontânea
	Remissão espontânea com reaparecimento
	Mantém sintomas: Melhorado Agravado Inalterado
	Não consegue responder. Especifique

## ANEXO VI

### Sinopse de Análise de Entrevista

Tempos	Categorias	S <sup>1</sup>	Unidades discursivas	Localização	Dimensões
Pré-consulta	Ideia explicativa <sup>2</sup> [Yellow bar]				
	Medos associados <sup>3</sup> [Olive bar]				
	Impacto dos sintomas <sup>4</sup> [Cyan bar]				
	O que lhe disseram <sup>5</sup> [Red bar]				
	Expectativa para a consulta <sup>6</sup> [Magenta bar]				
Consulta	O que foi feito <sup>7</sup> [Purple bar]				
	Grau de satisfação <sup>8</sup> [Blue bar]				
Pós-consulta	Evolução <sup>9</sup> [Green bar]				
	Mudança de ideias <sup>10</sup> [Dark green bar]				
Propostas	Situações idênticas <sup>11</sup> [Dark red bar]				
	Propostas <sup>12</sup> [Grey bar]				



## ANEXO V (2/2)

- 
- <sup>1</sup> S. Sentido em que a frase exprime a subcategoria, em causa, assinalado como “+”, quando presente, ou “-“ quando ausente.
- <sup>2</sup> Ideias explicativas. Afirmações que revelam o raciocínio explicativo que o doente tem para os seus sintomas. Representam as hipóteses causais dos sintomas.
- <sup>3</sup> Medos associados. Receios manifestos secundários aos sintomas e eventuais consequências.
- <sup>4</sup> Impacto dos sintomas, expressões em que o doente traduz a interferência dos sintomas na sua vida quotidiana profissional e relacional.
- <sup>5</sup> O que lhe disseram. Ideias ou frases transmitidas ao doente acerca dos seus sintomas antes da consulta.
- <sup>6</sup> Expectativa para a consulta. O que o doente esperava, antes da consulta, que lhe fosse feito.
- <sup>7</sup> O que foi feito. O que foi feito na consulta.
- <sup>8</sup> Grau de satisfação. Expresso quer através de frases quer através da quantificação de 0 a 10,
- <sup>9</sup> Evolução. O que aconteceu ao longo do tempo aos sintomas apresentados na consulta.
- <sup>10</sup> Mudança de ideias. Se existe (+) ou não (.) mudança das ideias justificativas da causa dos sintomas em relação ao que pensava antes da consulta.
- <sup>11</sup> Situações idênticas. Se o doente identifica (+) ou não (-), em terceiros, situações idênticas às suas.
- <sup>12</sup> Propostas. Propostas que o doente faz para os médicos terem em consideração quando um doente apresenta sintomas sem “doença”



## ANEXO VII

### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

#### INFORMAÇÃO

Estou a realizar um estudo sobre doentes que têm sofrimento físico sem que se identifique uma doença orgânica. O seu médico/a identificou como sendo uma pessoa que se encontrou (ou encontra) nestas condições.

Neste sentido, muito agradeço que me conceda uma entrevista com o objectivo de conhecer o que sentiu e como viu a forma como o seu sofrimento foi abordado.

A entrevista demora, no máximo, 1 hora e é áudio-gravada, para efeito de posterior transcrição e análise.

Toda a informação que fornecer é confidencial e a eventual publicação de partes da entrevista será sempre de modo que não será possível ser identificado por outrem.

Como benefício tem o facto de contribuir para o conhecimento médico na abordagem dos doentes em situações semelhantes à sua.

Para além do tempo dispendido, não se antecipam quaisquer prejuízos para si, no entanto, se durante a entrevista sentir qualquer constrangimento ou receio diga para interromper a entrevista sem necessidade de se justificar e sem quaisquer consequências.

#### DECLARAÇÃO

NOME \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_\_

Após a leitura da presente informação, considero-me esclarecida(o) e declaro que concordo em ser entrevistada(o)

Oeiras, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
*Assinatura*

Quadro 1. Resumo de categorias e dimensões (15 entrevistas)

ANEXO VIII (1/2)

Categorias	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Ideias explicativas	Biofísico	Biofísico		Biofísico	Biofísico	Biofísico	Biofísico	Biofísico			Biofísico	Biofísico			
	Idade														
	normaliza		Psi+Soc normaliza	Psi				EV	Psi	Psi	Psi		Psi	Psi	Psi
Medos	N/i						N/i						N/i	N/i	
		Doenças (passado)	doença			Cancro						Doença			Doença
						InCF									
Impacto dos sintomas	Emocional	Emocional	Emocional												
				Sem	Sem	Sem	Sem	Sem	Sem	Sem	Sem	Sem	Sem	Sem	Incap
Disseram (o que)	n/i	n/i	n/i	Irmãos (normalizar am)	Colegas	n/i	Irmã	n/i	n/i						
							Conjuge			Namorado Patroa				Cônjuge	Cônjuge
											amiga				
Expectativa	ECD	Medicação	Medicação	ECD	ECD Medicação	N/i	Diagnóstico	ECD Medicação MEC	ECD Diagnóstico Ajuda	ECD Ajuda	ECD Diagnóstico Atenção				
												Conselho Escuta Refª	Ajuda Escuta Compre.	Escuta	Escuta
Foi feito	ECD Medicação Conselhos	Medicação	Medicação	ECD	ECD Medicação Refª		Medicação		ECD Refª	ECD Conselhos	Medicação	Medicação	Medicação	ECD Medicação	ECD Medicação
						Rel/con		ExFis							
				Normaliza-ção					Normaliza-ção	Normaliza-ção ineficaz		Escuta	Normaliza-ção		
Satisfação	Méd exem GS=10	GS =10	GS=10	N/a	GS=10	GS=10	GS=10-	GS=8+	GS=8	GS=8(-)	GS=10	GS=9,5	GS=9+	GS=9	GS=8

Categorias	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Evolução	Cronicidade	Melhor	Melhor	Melhor	Melhor	Melhor	Melhor	Cronicidade	Melhor	Pior	Melhor	Cronicidade	Melhor	Melhor	Melhor
Mudança	N/a	Bio>>Psi	Psi>>Psi	Psi>>Psi	Bio>>Psi	Bio>>Psi	N/a	Bio>>Psi	Psi>>Psi	Psi>>Psi	Bio>>Psi	Bio>>Psi	Psi>>Psi	Psi>>Psi	Psi>>Psi
Situações =	N/i	Mãe	N/i	N/i	Colega	N/i	N/i	N/i	N/i	Tia Prima	N/i	Colega	N/i	N/i	N/i
Propostas	E Físico														
	ECD	ECD			ECD		ECD								
	Refª						Refª								
		SMCModelo		SMCModelo	SMCModelo	SMCModelo					SMCModelo				
		Explicar sint													Explicar sint
		Mostrar interesse	Escuta							Entender	escuta	escuta	escuta	Comp	escuta
						Tranquilizar Não/assust									Tranquilizar
									1						
									2						
								Medicação			Medicação			Medicação	
								conselhos				Conselhos	Conselhos		
										Diagnóstico					
										Cura					
Categorias	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

1 = valorizar as queixas

2= acreditar no doentes e nas suas queixas

B>>P mudança de biofísico para psicológico

Comp = compreensão

Diag = diagnóstico mais precisamente uma explicação para os seus sintomas

ECD = Exames complementares de diagnóstico

EV = excessos do passado entendidos como estilos de vida não saudáveis

GS=10- = embora classifique a sua satisfação com dez a entrevista mostra alguma insatisfação por não ter pedido ECD

Incap = incapacidade para o trabalho sem que consiga precisar incapacidade física ou motora

InCF = incapacidade para cuidar de familiares dependentes

MEC = motivos emergentes da consulta, ou seja, os sintomas somatoformes não foram o motivo primário da procura da consulta

N/a = não aplicável, ou porque o doente não foi questionado ou não soube responder

N/i = não identificou

Não/assust = não assustar

PS = psicossocial

Refª = referência a outra especialidade

Rel/com = pela relação construída o doente confia no seu médico que assume que ele já não precisa de lhe dizer nada.

SMCModelo = seu médico como modelo

Tranquilizar = tranquilização

ANEXO VIII (2/2)